

# Réforme du financement des établissements de santé et amélioration de leur gestion

**Caroline Leuridan**

Ex-chargée de mission, contrôleur de gestion, ARH Basse-Normandie

**Dr Meyer Semhoun**

Département d'information médicale, CH d'Argentan

**La réforme de la tarification des établissements hospitaliers français a été mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2004. Quelles sont les raisons et les modalités de la tarification à l'activité ? Cette démarche a-t-elle des chances de succès en termes de la gestion hospitalière ?**

**L**a réforme du système de tarification hospitalier français, vaste enjeu du plan hôpital 2007, annonce dès 2004 un changement radical des logiques et des comportements des acteurs hospitaliers. Déjà en 1990, C. Cauvin insistait sur le renforcement inévitable des outils de gestion en place : « *Le contexte requiert un renversement radical de perspective. Le temps de la gestion comme condition première de réussite du système de santé semble venu, accéléré d'ailleurs par les réformes récentes, qui, en renforçant les contraintes financières, incitent les responsables à pratiquer de véritables choix en matière d'activités médicales pour respecter les budgets et satisfaire les objectifs de service à la population* » [2]. Rétroactivement, les contraintes financières ne semblent n'avoir eu qu'un impact réduit sur le comportement des responsables hospitaliers. Il convenait donc de refondre plus radicalement le système de tarification en déterminant un nouveau mode qui s'imposerait et bouleverserait enfin réellement les donnes du paysage hospitalier. En préambule à tout développement relatif à la tarification à l'activité mise en œuvre en 2004, nous effectuerons un bref rappel des mécanismes de financement antérieurs et des outils de régulation proposés (ou imposés) et tenterons d'en tirer un bref constat.

## Rappel des modalités de financement antérieures

### Prix de journée et dotation globale

Avant 1984, le financement des établissements, similaire aux secteurs publics et

privés, est basé sur le mécanisme du « prix de journée »<sup>1</sup>. L'explosion des dépenses de santé a conduit, à compter de cette date, à l'instauration d'un nouveau mode de financement : la dotation globale<sup>2</sup>, limitative, indépendante du niveau d'activité, et évoluant annuellement par application d'un « taux directeur » fixé par les pouvoirs publics. Cet outil, s'il s'avère dans un premier temps efficace — il permet en effet la maîtrise des dépenses hospitalières — ne tient pourtant pas compte de l'évolution différenciée de l'activité des établissements depuis 1983 et fige les situations existantes au jour de son instauration... Seule une faible proportion du budget peut faire l'objet d'une modulation et d'une réelle négociation entre l'ARH et les établissements : la majeure partie du budget est reconduite. Par ailleurs, la réforme de 1983 rend obligatoire la structuration de l'hôpital en centres de responsabilité, pour permettre la mise en place de la comptabilité analytique, et introduit la gestion budgétaire participative impliquant les chefs de service investis des pouvoirs de chefs de centre de responsabilité.

### Introduction du PMSI ou le concept de produit hospitalier

Des outils complémentaires visant à réduire les distorsions entre établisse-

1. Pour l'hospitalisation, l'activité s'exprime au travers de l'hébergement des patients (facturation par l'hôpital de journées à la Sécurité sociale). Pour les actes externes, l'activité s'exprime au travers de la NGAP (facturation par l'hôpital des lettres clefs et coefficients à la Sécurité sociale).

2. Loi du 19 janvier et décret du 11 août 1983.

ments et à parvenir à rétablir le lien entre activité et financement sont recherchés. C'est là l'une des ambitions du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) introduit par la circulaire DH/PMSI du 24 juillet 1989 avec pour objectif l'optimisation de l'offre de soins. L'évolution consiste à passer de données administratives (journées, entrées, actes...) à des observations médicalisées, c'est-à-dire intégrant des informations épidémiologiques.

En premier lieu, il s'agissait de conceptualiser le produit hospitalier : le groupe homogène de malades (GHM) le permettra pour les activités de court séjour. Les établissements vont dorénavant devoir procéder (et permettre de faire procéder) à l'analyse de leurs activités. Il leur faut mettre en œuvre : « des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins<sup>3</sup>. » À l'instar du système des Diagnostics Related Groups (DRG) élaboré par Fetter à l'université de Yale, introduit en France en 1982 par J. de Kervasdoué, directeur des Hôpitaux de l'époque [7], le PMSI permet aux établissements de se comparer à une échelle nationale de coûts par GHM et de déterminer ainsi leur efficacité<sup>4</sup>. L'outil avait également l'objectif de réduire les inégalités inter et intrarégionales par les nécessaires efforts de convergence à un coût moyen national des établissements. En effet, la valorisation d'un Indice synthétique d'activité (la valeur du point ISA, obtenue par le rapport entre les charges de l'établissement et sa production annuelle en ISA) sur des bases méthodologiques communes aux établissements permet d'approcher la « productivité médico-économique » de ceux-ci, et par-là même d'éclairer un éventuel niveau de sur ou sous-allocation budgétaire par rapport à une moyenne régionale ou nationale.

S'il faut convenir de la pertinence de cet outil pour la description et la quantification de l'activité hospitalière et souligner le caractère rigoureux, relativement objectif et transparent du modèle de répartition des

3. JO du 2 août 1991, article L. 710-5, p. 10255.

4. Le guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière de 1985 précise les étapes de mise en œuvre de la nouvelle comptabilité analytique : le calcul des coûts des structures hospitalières et le calcul des coûts de revient complets par GHM.

enveloppes, il faut néanmoins s'inquiéter de la lenteur estimée de la régulation (réduction des inégalités en treize ans...).

#### Les agences régionales de l'hospitalisation et la logique de contrats

Autre grand changement dans le mode de financement des établissements : la constitution des ARH (agence régionale de l'hospitalisation), qui ont pour mission « de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements publics et privés et de déterminer leurs ressources<sup>5</sup> ».

Dans le même temps apparaissent les contrats d'objectifs et de moyens signés entre l'établissement et l'ARH, qui vont définir de façon précise les conditions de financement, donc de fonctionnement des établissements hospitaliers pour les années à venir (trois à cinq ans). Cette contractualisation va avoir pour objectif de réduire les aléas d'un financement trop souvent déconnecté de la réalité de fonctionnement des établissements et la dotation régionale est désormais principalement répartie entre les établissements selon les contrats signés avec l'ARH. Ce mode de financement doit néanmoins s'accompagner du développement du PMSI afin de fournir à la tutelle une base d'activité (estimée en points ISA) permettant des comparaisons régionales et nationales entre les établissements.

Cinq ans après l'ordonnance de 1996, un constat est tiré par Julien Gottsmann, qui déplore que seul un tiers des hôpitaux disposent d'un contrat d'objectifs et de moyens. De la même façon, la contractualisation interne est, elle aussi, développée au sein de l'ordonnance de 1996. Selon Grolier, « la contractualisation interne va donc être une courroie de transmission fondamentale dans l'acceptation de l'évolution du financement des hôpitaux ». Dans les faits, la situation est « décevante » en raison de la difficulté de disposer d'un système d'information en capacité de permettre l'évaluation de l'utilisation de moyens<sup>6</sup>.

#### Nécessité d'une réforme du financement

Le contexte particulièrement délicat de tensions budgétaires, associé à la raréfaction

5. Art. L. 710-18 CSP introduit par l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, article 10.

des moyens, a engendré une nécessaire remise en cause des modes de financement et des outils existants. Il s'agissait en outre de tenter de remédier à la disparité existante dans les modes de financement entre le secteur public et le secteur privé, laquelle constitue une difficulté majeure dans un contexte de recherche de complémentarités et de coopérations entre les deux secteurs. Enfin, sous un financement par dotation globale, il était à déplorer un manque de dynamisme du financement : un établissement performant qui augmente son activité ne voit pas ses ressources progresser de manière parallèle. *A fortiori*, les structures qui souhaitent installer une activité nouvelle qui répond à un besoin de santé publique (par exemple : angioplastie, chimiothérapie ambulatoire, médecine gériatrique...) ne disposent pas immédiatement des moyens idoines. Les hôpitaux les plus actifs sont donc pénalisés.

#### Modalités de la réforme

D'où la mise en œuvre de la tarification à l'activité au 1<sup>er</sup> janvier 2004 pour les établissements publics et privés de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Véritable révolution pour les établissements publics, la T2A modifie les données : désormais, le financement<sup>7</sup> est directement corrélé à l'activité selon un tarif national unique pour les séjours et les autres prestations hospitalières (même si le modèle limite à 10 % la part des recettes perçues à l'activité en 2004, 90 % du budget actuel restant garanti sous la forme de la dotation globale<sup>8</sup>). Leurs recettes ne sont plus fixées *a priori* comme sous la dotation globale, mais *a posteriori* selon l'activité réellement prise en charge. L'outil PMSI trouve enfin toute son utilité et les établissements sont « invités » à le fiabiliser davantage. Les établissements privés se voient quant à eux, opposer la réforme à 100 % dès la première année avec l'application d'un coefficient correcteur pour tenir compte des

6. Julien Gottsmann. « Pratique de la contractualisation interne : état des lieux » *Gestions hospitalières* mai 2002, étude portant sur un échantillon de 216 établissements publics de santé.

7. Différentes modalités sont prévues pour le financement : missions de soins financées à l'activité sur la base du PMSI, missions d'intérêt général (MIGAC) financées sous forme de dotation, certains financements mixtes (urgences).

8. La part financée à l'activité a vocation à croître d'année en année selon un calendrier prévisionnel de huit ans.

disparités tarifaires interrégionales. Les deux secteurs publics et privés connaissent des échelles de tarifs différentes pour tenir compte des spécificités actuelles, même si la réforme fixe, à terme, un objectif de convergence.

#### **La nécessaire lisibilité en matière de coûts des activités**

Attendu comme véritable « booster » auprès des établissements, ce changement de mode de financement va inciter les établissements à utiliser désormais (voire enfin mettre en œuvre) à finalité interne des outils de gestion qui jusqu'alors ne connaissaient qu'une utilisation confidentielle dans les structures hospitalières : développement de la comptabilité analytique, système d'information performant<sup>9</sup>, utilisation à des fins de benchmark de l'outil PMSI (notamment, mise en œuvre du TCM<sup>10</sup>). L'application d'un tarif national unique (sans modulation possible par les ARH) introduit, même si l'idée n'est pas nouvelle, une nécessaire lisibilité en matière de coûts des activités tarifées selon le modèle T2A. La question se posera alors de déterminer les ajustements possibles, une fois la situation connue et surtout « reconnue » par l'équipe médicale (d'où l'importance de les associer à ces mécanismes de gestion). En effet, les établissements publics de santé ont-ils les « moyens » d'améliorer dans des délais rapides leurs performances ? À titre d'exemple, l'on peut tirer un constat des

9. La réforme s'assortit de l'obligation, pour les établissements publics, de transmettre leurs données d'activité à l'ARH dans des délais très courts.

10. Le guide méthodologique de comptabilité hospitalière propose la construction d'un « tableau coûts/casemix » : il s'agit de comparer l'établissement à un établissement fictif de référence présentant le même casemix, i.e. le même nombre de séjours dans chaque GHM, mais des coûts identiques à ceux de la référence nationale. La comparaison des coûts unitaires et des quantités de facteurs consommés par le patient, par rapport à ceux constatés en moyenne auprès d'un échantillon représentatif d'un comportement « normal », permet de valoriser ses points forts et de tenter de comprendre puis de résorber ses points faibles. L'utilisation des coûts de référence produits par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins autorise un double éclairage : il permet au gestionnaire d'analyser les coûts unitaires des facteurs utilisés et, par ailleurs, le médecin procède à l'analyse des quantités de facteurs consommés. La nécessité de renforcer le dialogue avec le corps médical et d'accroître la pertinence de la négociation avec la tutelle, n'ont pourtant pas permis le développement de l'utilisation de cet outil...

campagnes budgétaires antérieures. Le principe de péréquation consistait à positionner les établissements *via* le PMSI au regard de la valeur moyenne du point ISA. L'on pouvait ensuite déterminer des taux de reconduction des budgets des établissements, modulés selon leur positionnement, en distinguant les établissements « sur-dotés » (dont la valeur ISA excédait la valeur moyenne) et les « sous-dotés » (valeur ISA inférieure à la valeur moyenne). Un réajustement des crédits entre établissements pouvait être effectué, mais restait néanmoins toujours timide. Malgré cet objectif de péréquation affiché par les tutelles et les impacts dès lors possibles sur les budgets, il était à déplorer une absence d'anticipation des structures sur-dotées et une faible réactivité des structures budgétairement pénalisées : peu d'entre elles mettaient en œuvre de réelles mesures internes de maîtrise des coûts. Les directions d'établissement tiraient l'alarme aux premières difficultés, et l'on retrouvait en fin d'exercice des situations préoccupantes dans les structures ainsi pénalisées au titre de la péréquation. L'ARH, *via* ses marges de manœuvre constituées, conservait la possibilité d'intervenir pour renflouer les établissements en difficulté.

Dans le contexte actuel de la tarification à l'activité, la tutelle ne dispose plus de latitudes pour combler les manques de financement ; l'octroi de crédits au titre des tensions viendrait par ailleurs gommer l'« effet T2A » et contrecarrer la philosophie du dispositif.

#### **Nouvelles règles du jeu : des ajustements à prévoir**

##### **La réforme des statuts des personnels**

Le constat tiré à mi-année fait déjà apparaître que certains hôpitaux se trouvent amputés d'une partie de leur budget dès 2004, et cela sans avoir de réels moyens d'améliorer concomitamment leur productivité par les mécanismes classiques de la gestion d'entreprises privées. La particularité des hôpitaux réside en effet dans la part prépondérante du budget consacré aux ressources humaines, lesquelles en constituent toujours plus des deux tiers. Le statut actuel de la fonction publique rend ces dépenses quasiment « incompressibles » : ainsi, le directeur n'a que peu d'action sur les personnels en place, et cela quelle que soit leur efficience. La question

est posée de façon plus cruciale encore pour les personnels médicaux. Que faire de médecins dont l'activité diminuerait ? Ainsi, pour donner plus de souplesse (voire la souplesse indispensable à la réactivité attendue), il conviendrait de « réformer » le statut des personnels médicaux, et non médicaux.

##### **Le renforcement de l'implication du corps médical**

##### **Investissement au sein du système d'information hospitalier (SIH)**

Le corps médical se trouve, dès 2004, davantage sollicité dans le cadre du développement du système d'information hospitalier. En effet, le financement est désormais attribué *a posteriori*, au vu des données d'activité transmises par les directions d'établissement aux ARH. Il convient dès lors de renforcer la fiabilité du système d'information et la rapidité de remontée des informations à la tutelle. Par ailleurs, la finesse des informations recueillies va être recherchée pour une utilisation en interne dans le cadre du développement des outils de gestion et de calculs de coûts en lien avec la comptabilité analytique.

Jusqu'alors peu impliqués dans les SIH, car peu sensibilisés à l'intérêt de disposer de données d'activité pertinentes — l'utilisation de ces données restait en effet confidentielle —, les médecins vont progressivement trouver un intérêt à leur implication. Le corps médical, de par la qualité et l'attention portée au codage de l'activité réalisée, désormais fortement vecteur de ressources pour l'établissement, devient en partie responsable des moyens qui seront accordés à sa structure.

##### **Collaboration étroite attendue avec la direction**

Les nouvelles « règles du jeu » vont désormais directement et fortement lier les ressources des établissements à leur activité. La logique de résultats remplace ou complète désormais la logique de moyens, qui dominait jusqu'alors. Ainsi, la dimension de l'établissement va dépendre de sa capacité à mobiliser les ressources et aura des conséquences sur les capacités d'attractivité de personnels médicaux. Les hôpitaux de proximité apparaissent dans ce contexte fortement menacés et pourraient subir de plein fouet les conséquences négatives du nouveau mode de tarification. Ils se trouvent en effet fragilisés, budgétairement parlant, par l'appli-

cation de la T2A du fait de la faiblesse de leur budget de fonctionnement et des moindres possibilités internes de dégager des économies de gestion. De plus, les pathologies relativement bien rémunérées ou revalorisées par la tarification à l'activité (radiothérapies, périnatalité...) ne constituent pas, dans la configuration actuelle, la part prépondérante de leur activité. Bien que leur utilité dans le paysage hospitalier soit loin d'être niée, leur « survie » ne se fera qu'au prix d'une collaboration étroite entre direction et corps médical. C'est dorénavant du succès de cette alchimie que dépendra le maintien de ces structures. Il ne faut, par ailleurs, pas occulter le fait que ces hôpitaux, bien souvent premiers pourvoyeurs d'emplois de leur bassin de population, jouent un rôle social majeur. La dimension politique d'une décision de fermeture ne sera pas à négliger et risque fort de relancer le débat de l'offre de soins de proximité à la population.

#### Nouvelle gouvernance

##### et responsabilisation du corps médical

Si le directeur doit effectivement adapter le SIH de son établissement pour améliorer la connaissance des dépenses occasionnées au cours de la prise en charge des patients, il doit surtout pouvoir enfin se positionner en qualité de réel « manager » de sa structure. En effet, dans les configurations organisationnelles proposées par Mintzberg, l'hôpital est cité comme un archétype de bureaucratie professionnelle<sup>11</sup>. L'on y retrouve un positionnement prépondérant du centre opérationnel, ici le corps médical, dans l'organisation, et en particulier vis-à-vis de la direction. Le corps médical nommé en Conseil des ministres ne se trouve en effet pas sous l'autorité du directeur d'établissement, et conserve des latitudes propres dans l'exercice de ses fonctions. Le directeur doit par ailleurs composer avec des autorités externes multiples mais également en interne avec le président de la Commission médicale d'établissement. Sa position est alors celle d'un « responsable, mais non d'un patron » [4]. La tâche est alors ardue d'imposer tel ou tel outil de gestion à ses personnels médicaux, lesquels apparaissent réfractaires à tout système

11. Ce type de structure coordonne ses activités en s'appuyant sur la standardisation des qualifications, celle-ci résultant essentiellement de la formation et de la socialisation (Mintzberg, 1982).

de gestion, perçu jusqu'alors comme un moyen de réduire leur budget de fonctionnement. Ils s'y opposaient donc, craignant des retentissements sur la qualité et la sécurité des soins dont ils se trouvaient responsables. La nouvelle gouvernance expérimentée dès 2004 dans les établissements publics entraînera une remise en question des modalités jusque-là en vigueur. Le principe vise, par l'établissement d'un comité exécutif regroupant médecins et directeurs (en remplacement de l'actuel comité de direction), à replacer le corps médical devant les faits et à l'impliquer davantage dans les décisions concernant l'établissement. Condition *sine qua non*, comme le précise Gérard Vincent, délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF), à la mise en œuvre de la T2A : « la réforme du mode de financement ne saurait se déployer sans qu'en parallèle de nouvelles règles de gouvernance soient clairement posées et effectivement mises en œuvre<sup>12</sup> ».

Dans le même ordre d'idées, la création des pôles — organisés selon les « flux patients » — au sein des établissements publics de santé de grande taille devrait par ailleurs favoriser la responsabilisation des acteurs (médecins, paramédicaux) dans le fonctionnement de l'hôpital, notamment en participant à l'équilibre financier de l'établissement. La mise en évidence d'écarts budgétaires, grâce à une comptabilité analytique et à la mise à niveau du SIH, entraînerait les acteurs des pôles à remettre en cause les processus de soins pour optimiser les ressources allouées. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que au-delà de la notion même de contrôle, tout changement peut donner lieu à de multiples résistances freinant sa mise en œuvre. C'est ainsi qu'« un professionnel dans ce genre d'organisation peut opposer, à tout changement dont il ne verrait pas la nécessité, une force d'inertie pratiquement incontournable » [6].

#### Effets pervers et garde-fou

Cette réforme du financement, lourde de conséquences pour les budgets hospitaliers, risquerait de s'accompagner de comportements opportunistes de la part des acteurs hospitaliers. L'exemple de nos voisins nous éclaire sur les dérives possibles du système. Ainsi, Closon et

12. Éditorial *Info en Santé*, lettre n° 8, avril 2004.

Perelman<sup>13</sup> montrent que la réforme de financement des journées d'hospitalisation en Belgique, instaurée depuis 1995, basée sur les APRDRG (*All Patients Refined Diagnosis Related Group*), l'âge des patients et le caractère gériatrique du séjour, peut engendrer certaines dérives pour ne pas voir les recettes diminuer : sélection des patients<sup>14</sup>, diminution de la qualité de prise en charge, augmentation des admissions, multiplication des actes médicaux, suppléments d'honoraires, diminution de la durée de séjour...

Dans notre système, les mécanismes de régulation ont été déterminés par le ministère pour éviter l'effet inflationniste que contient, par construction, la réforme. Ainsi, la loi de financement de la Sécurité sociale et l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam) sont maintenus, de même qu'est défini un Objectif national des dépenses de médecine chirurgie obstétrique pour les deux secteurs, public et privé. Les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS), ainsi que les dotations Migac sont fixés par arrêté; la classification en GHS est par ailleurs la plus descriptive possible, pour une meilleure prise en charge des dépenses de l'hôpital. Enfin, la régulation par l'effet « prix-volume » est instaurée et permet un réajustement des tarifs pour tenir dans l'Ondam en cas d'augmentation du volume de soins.

La sélection des patients dans le système français paraît par ailleurs difficile. D'une part, l'ARH reste régulatrice des activités de soins et constitue, de ce fait, un puissant garde-fou. D'autre part, la sélection des patients risque d'engendrer une perte d'activité de l'établissement et donc de financement. De la même façon, le développement d'une activité choisie par un établissement n'est pas chose aisée. En effet, le bassin de population d'un hôpital est soit complètement exploité par rapport à l'offre de soins faite par l'hôpital, et alors la possibilité pour l'établissement d'augmenter son activité reste à la marge, soit il n'est pas complètement exploité du fait d'une mauvaise image et alors, quel que soit le système, cet établissement n'est pas viable; il ne peut que se donner les

13. La réforme du financement de la durée de séjour en Belgique, *Info en Santé*, lettre n° 8, avril 2004.

14. Notamment sur des critères sociaux, une étude ayant montré que la durée de séjour était corrélée aux conditions de vie des patients.

moyens de s'améliorer pour reconquérir les parts de marché qu'il a perdues.

La réforme de la tarification présente un caractère ambitieux, une réelle volonté d'équité entre les secteurs public/privé et de suppression des inégalités budgétaires entre établissements. Résolument moderne, la T2A s'intéresse à l'activité qualitative des établissements à l'aide d'outils réellement descriptifs et se base sur l'utilisation d'outils récents comme la CCAM (Classification commune des actes médicaux). Meilleure description des actes réalisés, exhaustivité des actes, et surtout meilleure rétribution des médecins en fonction du travail effectué sont escomptées. La crainte d'un effet inflationniste devrait par ailleurs vite être estompée par les mécanismes de la régulation « prix-volume ». De plus, des moyens de contrôle et de sanction sont dès à présent prévus. Néanmoins, le cadre général actuel de fonctionnement des établissements hospitaliers français manque fortement de souplesse (statut des personnels, notamment). L'implication du corps médical dans les projets de l'établissement hospitalier et une meilleure collaboration médecins/gestionnaires sont par ailleurs fortement sollicitées. De

même, des améliorations en termes de système d'information, d'outils de gestion et de maîtrise des coûts sont fortement attendues. En effet, comme le souligne le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : « *si l'instrument de mesure — et de tarification — n'est pas amélioré et si, surtout, les écarts qu'il révèle ne sont pas expliqués de manière précise et objective, le risque est tout simplement que la réforme échoue*<sup>15</sup> ».

Le succès de la réforme passera enfin — et surtout — par une réelle implication des décideurs politiques, garants de sa mise en œuvre. ■

15. Communiqué AFP, 12 juillet 2004.

## références

1. Borella L. « Le PMSI : un outil d'évaluation hospitalière ? », *Gestions hospitalières*, 2000, p. 287-295
2. Cauvin C., Coyaud C. *Gestion Hospitalière : finance et contrôle de gestion*. Economica, 1990, 286 p.
3. Claveranne J.-P., Teil A. *La modernisation de l'hôpital : entre efficacité économique et rentabilité politique*. Communication au XI<sup>e</sup> colloque PMP, Nice, 2001, 15 p.
4. Couanau R. *L'organisation interne de l'hôpital*. Rapport à l'Assemblée Nationale, 2003, n° 714.
5. Couty E. « L'enjeu de la contractualisation interne pour les établissements de santé ». *Gestions hospitalières*, 2002.
6. Cremadez M. « Gestion de l'hôpital : le prix de la responsabilité ». *Revue française de gestion*, 1991, p. 63-102.
7. De Kervasdoué J. *Santé — Pour une révolution sans réforme*. Paris : Gallimard, 1999, 199 p.
8. Expert P., Lerne P. « Zoom sur la tarification à l'activité ». *Cahier Pratique Tissot*, 2004.
9. Gibert P. « La mesure du coût à l'hôpital : mythe ou réalité ? Panorama hospitalier international ». *Revue Hospitalière de France*, 2002.
10. Grolhier J. (1998), *Le financement des hôpitaux publics*. Rennes : Éditions ENSP.
11. Lenay O., Moisdon J.-C. « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier ». *Revue Française de Gestion*, 2003, p. 131-141.
12. Penaud P. « Contrainte budgétaire et connaissance de l'activité suffiront-elles à provoquer une amélioration de la performance de gestion des hôpitaux publics français ? », *Politiques et management public*, vol. 17, n° 3, 1999.
13. Tonneau D. (1994), *Les outils de gestion et l'hôpital — Bilan d'une greffe sur un service public à soigner*, thèse, 432 p.

## BRÈVES EUROPÉENNES

1<sup>er</sup> mars 2005

### « Help : pour une vie sans tabac »

Le slogan retenu pour la nouvelle campagne européenne lancée à Bruxelles, « Help : pour une vie sans tabac », est destinée à promouvoir une vie sans tabac et à montrer les méfaits du tabagisme passif. Cette campagne itinérante (elle fait le tour des 25 capitales) s'adresse particulièrement aux jeunes et est appuyée par une campagne de diffusion d'annonces « Help » à la télévision et au cinéma pendant l'été 2005.

8 mars 2005

### Journée internationale des femmes

À l'occasion de la journée internationale des femmes, Vladimir Spidla, commissaire chargé de l'Emploi, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances, a annoncé la création d'un Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes. Il a pour objectifs de fournir l'expertise requise pour élaborer les instruments destinés à mieux intégrer l'égalité des sexes et de favoriser ainsi l'accession des femmes aux mêmes droits et aux mêmes rémunérations que les hommes (dans l'Union, l'écart de rémunération se situe encore autour de -15 % en défaveur pour des femmes).

15 mars 2005

### Lutte contre l'obésité

Le commissaire européen Markos Kyprianou, en charge de la Santé et de la Protection des consommateurs, a annoncé une action commune avec l'industrie, les associations de consommateurs, les spécialistes de la santé et les responsables politiques pour lutter contre l'épidémie d'obésité. En effet, les écoliers de l'Union européenne présentent un excès pondéral qui concerne 400 000 jeunes de plus chaque année.

13 et 14 avril 2005

### L'Europe de la santé

Une conférence sur l'Europe de la santé a réuni à Paris, les ministres et les secrétaires d'État à la santé des 25 pays de l'UE. Les discussions et propositions présentées lors de ces journées doivent servir de base à des projets concrets : la lutte contre le cancer, le VIH/sida, les pandémies infectieuses (grippe aviaire...). La France a proposé un « téléphone rouge d'urgence sanitaire » qui relierait les ministères pour prendre des mesures d'isolement en cas d'épidémie.