

Les apports théoriques et appliqués d'une estimation des « besoins hospitaliers » en Bourgogne

Maryse Gadreau*, Didier Jaffre**, LATEC – Université de Bourgogne¹

* Professeur de Sciences Economiques - LACTEC - Université de Bourgogne

** Doctorant - LACTEC - Université de Bourgogne

Un des enjeux de la planification sanitaire, par le biais du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), réside dans l'allocation optimale des ressources hospitalières sur le territoire, afin de satisfaire au mieux les besoins en soins hospitaliers de la population. Dans les zones géographiques dites « isolées », il s'agit de concilier sécurité et proximité des soins hospitaliers dans des conditions de coût raisonnables.

La partie centrale de la Bourgogne présente toutes les caractéristiques d'une zone géographique isolée. Avec un relief formé d'anciens massifs montagneux rendant les déplacements difficiles en hiver, le centre de la Bourgogne s'étend sur une superficie de 13 030 Km² peuplée seulement de 257 900 habitants : 16% seulement de la population bourguignonne habite sur 41% du territoire bourguignon. Ce qui n'est pas sans poser problème pour l'organisation du système de soins hospitaliers. Par souci d'équité géographique, définie comme égalité dans l'accès aux soins, de nombreux petits hôpitaux couvrent le territoire central. Or la faiblesse des besoins ne permet pas à ces établissements de garantir un service de soins efficient, tant du point de vue de la sécurité que de la rentabilité des soins, notamment dans les disciplines de court séjour telles que les urgences, la chirurgie, la maternité, l'anesthésie-réanimation. Ces disciplines exigent un plateau technique matériel et humain relativement lourd qu'un petit établissement ne peut assumer à lui tout seul, compte tenu de son activité restreinte. D'où la menace de fermetures pesant sur certains services qui pourtant garantissent une certaine égalité dans l'accès aux soins. Mais on peut se demander si une égalité dans l'accès à des soins dont la qualité n'est pas assurée (par le biais d'une sécurité insuffisante) garantit une véritable équité.

Dans cette communication nous nous proposons de montrer la place qu'occupent les besoins dans le processus de planification sanitaire (première partie), de présenter une méthode permettant d'évaluer ces besoins (deuxième partie) et d'en déduire quelques conséquences pour la politique d'allocation des ressources hospitalières (troisième partie).

1. D'une planification institutionnelle à une planification populationnelle

Le système hospitalier public a pour mission de soigner les personnes qui en ont besoin, avec le souci du respect de l'égalité dans l'accès à des soins de qualité. Ceci justifie l'intervention de l'Etat dans le processus de répartition des moyens, sous la forme d'une planification des ressources hospitalières. La planification sanitaire a démarré à proprement parlé en 1970 avec l'instauration de la carte sanitaire, déterminant le nombre de lits hospitaliers susceptible de satisfaire les besoins de la population d'un secteur donné (indices lits / habitant). La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a introduit le SROS, instrument plus qualitatif qui, au sein de la région, assure la répartition géographique des moyens quantitatifs déterminés par la carte sanitaire. Repris dans l'ordonnance du 24 avril 1996, ces outils ont pour objet « de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé ... A cette fin, ils sont arrêtés sur la base d'une mesure des besoins de la population ». **Toutefois, il existe deux approches de la planification sanitaire, populationnelle et institutionnelle (R.**

¹ Cette étude bénéficie du soutien de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne et du Conseil Régional de Bourgogne. Les auteurs adressent leurs remerciements à Michel FALLET (statisticien régional à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne) pour sa précieuse collaboration.

PINEAULT et C. DAVELUY, 1986), **relevant de deux logiques différentes mais davantage complémentaires que concurrentes** (la deuxième partie le montrera). Si l'objectif de ces deux approches est le même, à savoir la satisfaction optimale des besoins, les modalités en sont différentes. L'approche populationnelle relève d'une logique de demande : elle cherche à adapter l'offre de soins aux besoins de la population. L'approche institutionnelle relève, quant à elle, d'une logique d'offre : elle cherche à améliorer l'offre de soins hospitaliers en fonction de critères de qualité et d'efficacité. Les politiques d'allocation des ressources qui en découlent diffèrent alors sur la méthode employée et le raisonnement poursuivi. Jusqu'à présent, force est de constater que l'approche institutionnelle a été privilégiée par les pouvoirs publics. Cette prédominance s'explique sans doute par la difficulté à définir et à évaluer le besoin de santé. **Il semble plus facile de cibler l'évolution sur les besoins en soins hospitaliers, c'est à dire en inputs, que sur le besoin de santé en lui-même, dont la satisfaction constitue l'output du processus de soins.**

Le besoin est une notion floue, du fait de son caractère très subjectif. « On a autant besoin de ce qu'on veut, qu'on veut ce dont on a besoin » (C. LE PEN, 1996). L'appréciation d'un besoin, traduisant un sentiment de manque, se fait en fonction de l'environnement qui entoure l'individu, de l'évolution des techniques, des mentalités de la société. Le besoin évolue dans le temps et dans l'espace. Cette complexité est encore plus marquée dans le domaine de la santé, dans la mesure où la santé est elle-même une notion très large. L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Les déterminants de la santé sont donc autant biologiques que sociologiques ou économiques et, par conséquent, le besoin de santé intègre toutes ces dimensions. Par ailleurs il convient de distinguer le besoin ressenti du besoin exprimé. Tout le besoin de santé ressenti n'est pas forcément exprimé sous la forme d'une demande d'hospitalisation. Enfin, à l'hôpital, la demande émane rarement du patient lui-même (aux urgences), mais très largement du médecin généraliste ou spécialiste. Le système de soins joue un rôle essentiel dans le processus de transformation du besoin en demande en induisant la demande. Ainsi, si la demande en soins hospitaliers est couramment utilisée pour évaluer le besoin en soins hospitaliers, il faut garder à l'esprit, **d'une part, que le besoin en soins appréhende le besoin de santé par le biais des moyens mis en œuvre, et d'autre part que ce besoin en soins, simultanément sous-estime et surestime le besoin réel de santé.**

L'approche institutionnelle cible le besoin en soins hospitaliers. Elle se focalise sur chaque établissement dont elle compare l'activité à des critères jugés optimaux (même si ceux-ci ne sont que régionaux et non reconnus au plan national). En appliquant ces critères, le planificateur se heurte d'emblée au problème d'arbitrage entre sécurité (et qualité) et équité (égalité géographique dans l'accès aux soins) pour les petites structures. Ainsi, si on applique les critères de sécurité des soins (garantissant une qualité minimum) retenus par le SROS de Bourgogne 1994, pratiquement aucun établissement de la partie centrale de la Bourgogne ne les remplit.

	CH de Clamecy	CH de Chatillon	CH d'Avallon	CH de Semur	CH référent d'Auxerre	CHRU de Dijon	Minima techniques SROS 1994
Nombre d'accouchements par an	168	258	287	548	1 117	1 516	300
Nombre de passages aux urgences par an	4 831	5 786	7 824	9 523	28 751	39 865	6000(ANACOR) 10 950(SAU)

Source : SAE 1996

Dès lors, apparaît un conflit entre le planificateur qui recommande la fermeture des services qui ne satisfont pas les normes établies, et la population et les élus qui se battent pour le maintien de leur hôpital au nom de l'équité dans l'accès aux soins et de l'aménagement du territoire (sauvegarde des emplois et lutte contre la désertification rurale). Or, le débat est un faux débat car sécurité des soins et accessibilité des soins sont le coté pile et le coté face d'une même pièce appelée besoin. Ces deux dimensions ne sont pas opposées mais complémentaires, puisqu'elles concourent à un même objectif : la satisfaction des besoins. L'égalité en matière de soins définie par l'O.M.S. et rappelée par C. LE PEN (1996), c'est simultanément : l'égalité d'accès aux soins disponibles pour des besoins équivalents, l'égalité d'utilisation des soins pour des besoins équivalents, l'égalité de qualité des soins. Une planification fondée sur une approche populationnelle peut permettre de lever le dilemme initié par l'approche institutionnelle. En considérant le besoin dans sa globalité, sécurité et équité sont pris en considération simultanément. Il s'agit d'adapter l'offre en fonction des besoins hospitaliers définis sur une zone donnée, donc de réorganiser l'offre sur la zone de manière à ce que sécurité et proximité des soins hospitaliers soient garantis pour tous.

Comment évaluer ces besoins pour asseoir une politique d'allocation optimale des ressources sous une double contrainte de qualité et d'égalité dans l'accès aux soins, c'est à dire sous une véritable contrainte d'équité ?

2. Une estimation des besoins hospitaliers en Bourgogne

2.1. La modélisation

Le modèle développé par l'échelon statistique de la DRASS de Bourgogne permet d'estimer le nombre de lits hospitaliers nécessaires à la couverture des besoins de la population. Ces besoins sont appréhendés à partir de la demande d'hospitalisation constatée au niveau national. La demande dépend dans le modèle de deux facteurs : l'âge et le sexe. L'intérêt du modèle réside également dans le fait qu'il est prospectif sur une vingtaine d'années (2020). Le tableau ci-dessous permet de visualiser la démarche générale de la modélisation entreprise.

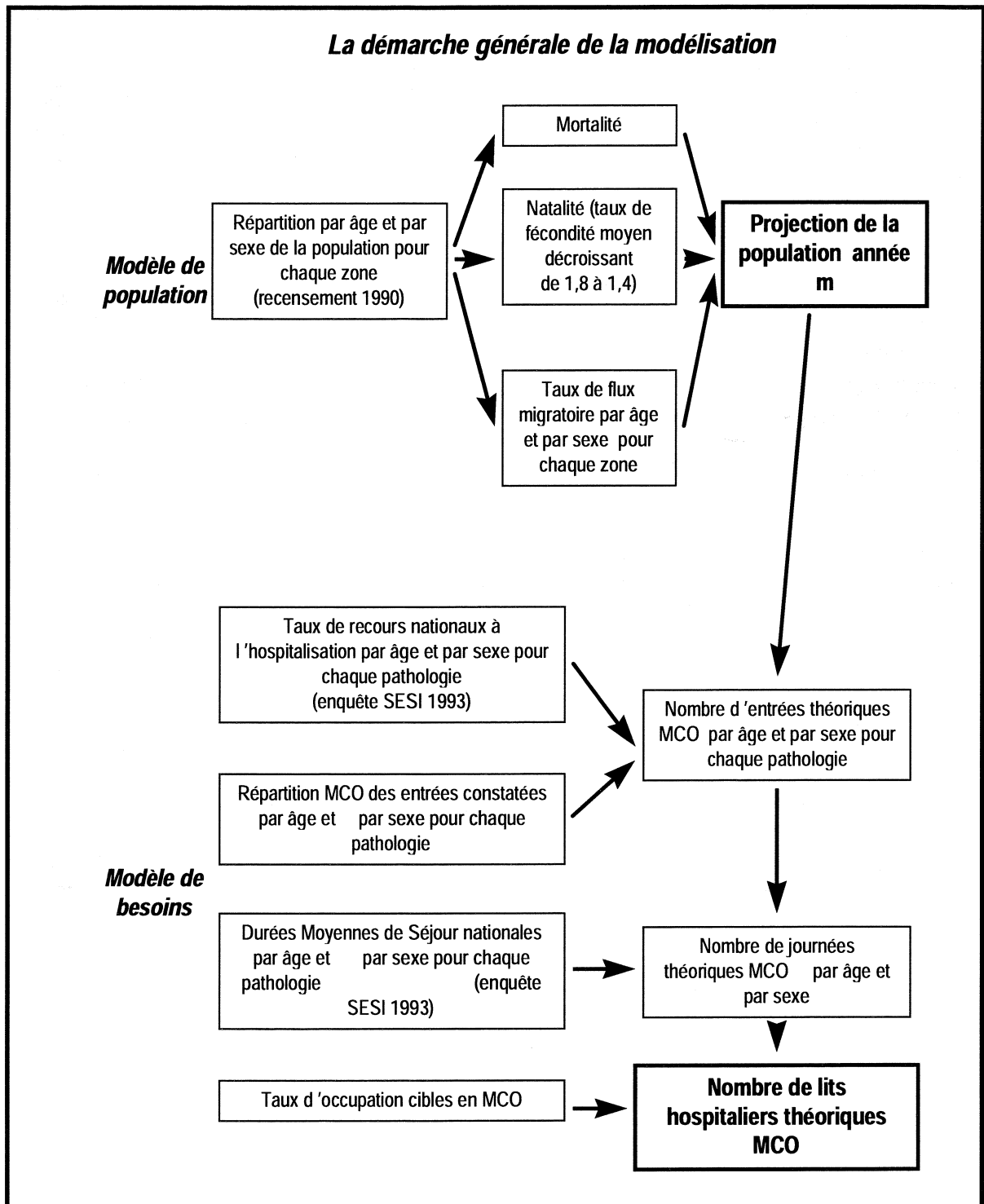
Une première modélisation permet de faire des projections démographiques à partir des données du recensement de la population en 1990². La Bourgogne a été divisée en treize zones homogènes (du point de vue démographique) pour lesquelles un taux de flux migratoire par tranche d'âge et par sexe a été calculé. La table de mortalité est élaborée en fonction des évolutions constatées entre les recensements de 1975, 1982 et 1990. L'hypothèse fondamentale est la décroissance linéaire du taux moyen de fécondité par femme, passant de 1.8 enfants par femme en âge de procréer en 1990 à 1.45 en 2020. Le recoupement du nombre de naissances, des taux de mortalité par âge et par sexe, des flux migratoires et de la répartition par âge et par sexe de la population bourguignonne en 1990 permet de faire des projections de population, par canton, jusqu'en 2020.

Une seconde modélisation permet d'évaluer le nombre de lits hospitaliers en court séjour et soins de suite et de rééducation fonctionnelle (SSR) nécessaires pour couvrir l'ensemble des besoins hospitaliers de la population. La demande en soins hospitaliers est évaluée à partir des taux de recours par âge et par sexe pour chaque pathologie de court séjour (19 au total) obtenus au niveau national par l'enquête de morbidité hospitalière réalisée par le SESI en 1993³. Les taux pour les SSR proviennent des enquêtes H80 et EHP en Bourgogne pour l'année 1991. Les taux de séjour permettent d'estimer le nombre d'entrées théoriques pour chaque pathologie en fonction de la répartition par âge et par sexe de la population projetée en l'année m. En appliquant à ces entrées théoriques les durées moyennes de séjour (DMS) constatées par âge et par sexe pour chaque pathologie, on obtient un nombre de journées théoriques par pathologie. En multipliant par les taux

² INSEE Bourgogne, recensement de la population 1990 – Exploitation exhaustive

³ SESI, enquête de morbidité hospitalière pour MCO, 1993

d'occupation cibles⁴ on obtient le nombre de lits théoriques par pathologie. Un tableau de conversion permet de répartir les lits théoriques entre médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).



⁴ 80% pour l'obstétrique, 85% pour la chirurgie et la médecine

2.2. Des résultats qui posent interrogation

Il apparaît, en 1996, pour l'ensemble de la région Bourgogne, que le nombre de lits théoriques en court séjour, c'est à dire susceptibles de satisfaire l'ensemble des besoins de la population bourguignonne, est inférieur au nombre de lits installés⁵ (secteurs publics et privés confondus) pour l'ensemble de la Bourgogne, ce qui signifie a priori un excédent de 627 lits installés en court séjour, dont 84% en médecine, 3% en chirurgie et 13% en obstétrique. Par contre, le nombre de lits théoriques en SSR est supérieur au nombre de lits installés : il manquerait 136 lits de SSR en Bourgogne pour répondre pleinement aux besoins. En définitive, toutes disciplines confondues, la Bourgogne est excédentaire de 491 lits. En termes d'indices lits pour 1000 habitants, le tableau ci-après fait apparaître pour 1996 des surcapacités en lits de court séjour et des sous-capacités en lits de soins de suite et de rééducation fonctionnelle.

	Indices théoriques de besoins	Indices installés	Indices carte sanitaire
Médecine	2	2,3	1 à 2,5
Chirurgie	1,8	1,9	1 à 2,5
Obstétrique	0,4	0,4	0,2 à 0,5
Total Court Séjour	4,2	4,6	2,2 à 5,5
SSR	1,5	1,4	1 à 1,8

Or, on ne retrouve pas cette tendance dans la partie centrale de la Bourgogne. Elle regroupe les zones 1 (Châtillonnais et Auxois), 5 (Morvan et Haut-Nivernais), 6 (Autunois) et 13 (Tonnerrois, Avallonnais et Puisaye). En appliquant le modèle de besoins, on arrive au résultat qu'il manque 580 lits toutes disciplines confondues, dont 17% en médecine, 38% en chirurgie, 3% en obstétrique et 41% en soins de suite, par rapport aux capacités actuelles pour couvrir l'ensemble des besoins hospitaliers des 4 zones réunies. Zone par zone, la répartition des déficits et des excédents en lits diffère selon la discipline. Ainsi, dans la zone 1, on observe un excédent de 38 lits en médecine, mais un déficit de 66 lits en chirurgie, 2 en obstétrique et 39 en SSR. Dans la zone 5, il manque des lits (280) dans toutes les disciplines : 34% en médecine, 34% en chirurgie, 4% en obstétrique et 28% en SSR. Dans la zone 6, on observe juste un excédent de lits en obstétrique. Enfin, dans la zone 13, le nombre de lits installés est de 96 lits inférieur au nombre théorique.

Au vu de ces résultats, doit-on conclure que la partie centrale est déficitaire en lits hospitaliers par rapport aux besoins ? On atteint ici les limites de l'approche populationnelle prise individuellement.

2.3. Pour une juste interprétation des résultats

Une conclusion hâtive serait de dire qu'il faut créer des lits de MCO et de SSR dans la partie centrale de la Bourgogne. Or, il convient d'une part de revenir sur la construction du modèle d'estimation lui-même et d'autre part sur la signification des résultats.

2.3.1. A propos de la construction du modèle d'estimation

Deux types de limites méritent d'être soulevés :

- D'une part sur les données utilisées :

En ce qui concerne les projections de population, celles-ci sont faites à partir du recensement de 1990 et sur les évolutions constatées entre 1982 et 1990. Il faut alors être prudent avec les

⁵ DRASS de Bourgogne, SAE 1996

projections qui, plus on s'éloigne de 1990, ne sont pas forcément fidèles à la réalité. Il conviendra de remanier le modèle avec les chiffres du prochain recensement.

Les taux de fréquentation hospitalière et les DMS datent de 1993 et il y a eu depuis des évolutions à la fois dans le mode de recours aux soins et dans les modes de prises en charge (développement de la chirurgie ambulatoire, de l'hospitalisation à domicile, de l'hospitalisation de jour). Le modèle estime des lits d'hospitalisation complète en supposant que 99% des lits théoriques obtenus correspondent à de l'hospitalisation complète. Il faudrait, à l'aide par exemple des données PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), refaire une enquête sur la fréquentation hospitalière en intégrant les nouvelles modalités de prise en charge. Ceci serait d'autant plus intéressant, qu'au lieu d'avoir des taux nationaux, on aurait alors des chiffres correspondant à la pratique régionale. On pourrait ainsi déterminer le nombre de lits hospitaliers nécessaires par groupes homogènes de malades (GHM) et affecter le coût en moyens hospitaliers.

▪ D'autre part sur les hypothèses :

L'âge et le sexe sont les seuls facteurs explicatifs de la demande d'hospitalisation dans le modèle. Or, comme on l'a vu dans la première partie, la demande de santé dépend de nombreux autres facteurs, tels que le revenu, le niveau d'instruction, le cadre de vie (urbain / rural), ... Autant de dimensions qui ne sont pas prises en compte ici, mais qui influent pourtant fortement sur le comportement en matière de recours aux soins hospitaliers.

Le taux de fécondité utilisé est un taux moyen pour l'ensemble de la Bourgogne. Or, selon les zones, il est soit inférieur, soit supérieur à ce taux moyen. Pour une analyse fine des naissances, il faudrait appliquer les taux de fécondité réels pour chaque zone.

Par ailleurs, l'activité hospitalière est censée représenter la demande d'hospitalisation. Or, celle-ci prend en compte les hospitalisations non nécessaires mais ne tient pas compte des besoins non exprimés.

Enfin, les journées théoriques sont estimées à partir des DMS constatées au niveau national. Or, depuis 1993, celles-ci ont baissé. De plus, elles correspondent à un échantillon national qui cache peut-être des disparités de pratiques au niveau de la région Bourgogne.

2.3.2. A propos de la signification des résultats

Le nombre de lits théoriques estimés est le nombre de lits nécessaires et suffisants, compte tenu des hypothèses avancées, pour satisfaire l'ensemble des besoins hospitaliers de la population de la zone considérée, toutes pathologies confondues. Or, certaines maladies ne sont pas prises en charge par les petits établissements et les habitants de la zone ne se font pas forcément soigner dans les établissements de la zone considérée⁶. **C'est ici que l'approche populationnelle doit être couplée à une approche institutionnelle.** Au lieu de comparer les lits théoriques aux lits installés, mieux vaut comparer les entrées théoriques aux entrées réalisées. Tout en conservant une approche fondée sur les besoins, on introduit néanmoins le comportement de la population et les spécificités géographiques de prise en charge médicale. Par exemple, il est possible ainsi de pondérer le nombre de lits théoriques par le pourcentage d'entrées réalisées. Les résultats sont alors sensiblement différents en ce qui concerne la partie centrale de la Bourgogne. On constate cette fois un excédent global de 64 lits en court séjour qui résulterait d'un excédent de 70 lits de médecine, d'un déficit de 4 lits en chirurgie et de 20 lits en obstétrique. Néanmoins, en ce qui concerne l'obstétrique, il faut comparer le nombre de naissances projetées en 1996 (2518) et le nombre d'accouchements réalisés (1268) : 50% seulement des naissances attendues ont été réalisées dans la partie centrale bourguignonne. Ceci laisse à supposer que les besoins sont

⁶ L'application du modèle sur les données PMSI permettrait de déterminer le nombre de lits hospitaliers en fonction des GHM traités par les établissements de santé de la zone considérée.

satisfaits et que le nombre de lits est suffisant. Pour une analyse encore plus fine, il faudrait regarder le nombre de lits pathologie par pathologie et faire intervenir les taux d'occupation.

Ceci montre avec quelle prudence il faut interpréter les résultats obtenus. Le modèle calcule en fait le nombre maximal de lits (publics et privés) nécessaires pour couvrir l'ensemble des besoins hospitaliers d'une zone donnée. Mais il ne s'agit pas du nombre optimal de lits. L'analyse des besoins doit être couplée à une analyse d'activité pour affiner les résultats par zone.

3. Quelques pistes pour une nouvelle allocation des ressources hospitalières

Bien que les résultats du modèle puissent prêter à discussion, son intérêt n'en demeure pas moins grand pour une allocation des moyens hospitaliers satisfaisant les besoins de la population. Il est construit sur une idée forte qui est celle de zone. Pour une zone prédéterminée, et après quelques améliorations possibles, le modèle peut permettre de connaître le nombre exact de lits hospitaliers nécessaire et suffisant pour satisfaire les besoins. Cette zone peut être le département, un secteur sanitaire, un bassin de vie, une zone d'emploi, ou dans notre exemple la partie centrale de la Bourgogne (avec 255 768 habitants en 1996, elle constitue un secteur sanitaire). **Le modèle donne un nombre de lits pour la zone et non pour chaque établissement de santé de la zone : on passe véritablement d'une logique d'établissement à une logique de zone de besoin de santé.** Soulignons encore que cette zone peut être une zone de complémentarité ou une communauté d'établissements.

Il reviendrait à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H., nouvelle instance créée par l'ordonnance du 24 avril 1996, chargée de définir et de mettre en œuvre la politique hospitalière au niveau régional) de déterminer les zones de besoin de santé et le nombre de lits hospitaliers à répartir par discipline dans les zones. Mais une certaine liberté d'initiative est laissée aux hôpitaux. Dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens qui doivent être signés entre chaque établissement et l'A.R.H., l'objectif recherché est la satisfaction des besoins des patients mais le partage des lits entre les établissements doit se faire sur la base d'une négociation entre les partenaires. **Cette logique de zone de besoin de santé doit ainsi favoriser la coopération entre les établissements, une coopération allant jusqu'à la mise en réseau de leurs moyens.** Le réseau, en tant qu'organisation, peut se définir comme un ensemble de plusieurs acteurs (ici les établissements de santé), dispersés dans une zone géographique donnée (zone de complémentarité, bassin de vie), dont les compétences sont différentes et complémentaires (différentes spécialités médicales), qui travaillent dans un objectif commun (une meilleure prise en charge des patients) en partageant des normes (protocoles de soins) et des valeurs (éthique, confiance, ...), sur la base d'une coopération volontaire. A l'intérieur de la zone de besoin de santé, les structures de soins sont libres de coopérer ou non. On peut penser néanmoins que si quelques unes s'engagent volontairement dans une stratégie de coopération, les autres suivront par un effet « boule de neige » (effet d'entraînement, mimétisme, ...) caractéristique d'une organisation en réseau. La mise en réseau généralisée des établissements hospitaliers, outre le fait qu'elle favorisera la réalisation d'économies d'échelle notamment au niveau des activités logistiques, permettra alors de lever le dilemme qualité-équité en favorisant l'équité, c'est à dire l'égalité dans l'accès de tous à des soins de qualité.

Insistons sur le fait que les moyens ne devront plus être attribués par établissement, mais par zone de besoin de santé à charge pour les établissements de se les répartir par le biais de formes juridiques et institutionnelles de coopération sanitaire telles que la convention, le syndicat inter hospitalier, le groupement de coopération sanitaire, ... Ainsi le rapport Nicolas (1997) préconise une organisation en réseau pour un bassin de population de 150000 à 300000 personnes avec une redéfinition du rôle et des missions des structures existantes autour d'un centre hospitalier référent. Les postes de praticiens seraient plus attractifs grâce à une activité plus importante et plus diversifiée, notamment dans les disciplines de chirurgie, d'anesthésie réanimation, gynécologie

obstétrique, où de nombreux postes sont vacants dans les petits hôpitaux. Les établissements du réseau désigneront un centre référent qui coordonnera leur activité sur la base de l'instauration de protocoles de soins qui sont autant de normes indispensables à une régulation satisfaisante. Par ailleurs il n'est pas totalement utopique de supposer que de la concertation et de la pratique commune naîtra une confiance tout aussi nécessaire à cette régulation et d'autant plus vraisemblable qu'elle s'appuiera sur des habitudes et sur une culture locales.

Il s'agit en fait, à partir d'une attribution des moyens par zone de besoins et sur la base d'une organisation en réseau de l'activité hospitalière dans cette zone, de tirer tous les bénéfices qu'on peut attendre d'une organisation de ce type, en termes d'efficacité et d'équité, dans une perspective (S. BEJEAN et M. GADREAU, 1997) tout à la fois « d'allocation de ressources », c'est à dire d'utilisation optimale des ressources disponibles, mais aussi de « création de ressources », c'est à dire d'apprentissage et d'innovation organisationnelle susceptible de favoriser un processus cumulatif et auto entretenu de coopération.

Quelques éléments bibliographiques

- 1 **65^{ème} congrès de UHSO** (1998), « Les communautés hospitalières et les groupements de coopération sanitaire », *Revue Hospitalière de France*, N°1, p 12-33.
- 2 **68^{ème} Congrès de l'U.H.N.O.** (1997), « Evaluation et contrats dans le cadre de réseaux de soins, *Revue Hospitalière de France* », *Revue Hospitalière de France*, n°5, p 640-654.
- 3 **Association des Petites Villes de France** (1998), *Livre Blanc sur les hôpitaux de proximité*, février.
- 4 **BEJEAN S.** (1994), *Economie du système de santé. Du marché à l'organisation*, Economica, Paris.
- 5 **BEJEAN S. et GADREAU M.** (1997), « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », *Revue d'Economie Industrielle*, n°81, p 77-97.
- 6 **BERESNIAK A. et DURU G.** (1995), *Economie de la santé*, Masson, Paris.
- 7 **BOURGUEIL Y. et NAIDITCH M.** (1996), « Comment peuvent naître et se développer de nouvelles pratiques coopératives en périnatalité : le cas du réseau de santé du Haut-Nivernais ? », *La Lettre d'Image*, n°9, p 4-7.
- 8 **CASTIEL D. et JOURDAIN A.** (1996), « Equité et planification sanitaire. Analyse critique des SROS et ses implications pour un modèle d'allocation de ressources », *XVIII^{èmes} Journées des Economistes de la Santé*, 25 et 26 janvier.
- 9 **DRASS de Bourgogne** (1997), *Bilan du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire*, Avril.
- 10 **DRASS de Bourgogne** (1994), *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Bourgogne*, juillet.
- 11 **GREMY F.** (1997), « Filières et réseaux », *Gestions Hospitalières*, juin-juillet, p 433-438.
- 12 **JAFFRE D.** (1996), *Peut-on sauvegarder les petits hôpitaux ? Le dilemme équité-qualité de la planification hospitalière*, Université de Bourgogne, mémoire de DEA d'Analyse et Politiques Economiques.
- 13 **JOURDAIN A. et DE TURENNE I.** (1997), *100 mots-clés de planification sanitaire*, ENSP.
- 14 **LE PEN C.** (1996), « Efficacité et Equité en Economie de la Santé », *XVIII^{èmes} Journées des Economistes de la Santé*, 25 et 26 janvier.
- 15 **MICK S. NAIDITCH M. et BOURGUEIL Y.** (1997), « Les petits hôpitaux et les enjeux de la restructuration », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°19, p 26-30.
- 16 **NAIDITCH M. et OBERLIN P.** (1995), « Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital ? », *Gestions Hospitalières*, décembre, p 739-746.
- 17 **NICOLAS G. et DURET M.** (1998), *Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie, obstétrique, psychiatrie et radiologie*, Rapport remis au Secrétaire d'Etat à la Santé.
- 18 **PINEAULT R. et DAVELUY C.** (1986), *La planification de la santé. Concepts-méthodes-stratégies*, agence d'ARC INC, Ottawa.
- 19 **SEGADE JP.** (1997), « Le contrat d'objectif : un moyen de recomposition du paysage hospitalier », *Gestions Hospitalières*, décembre, p 817-820.
- 20 **STINGRE D.** (1997), *Le service public hospitalier*, PUF, n°3049.