

# Réflexions sur les dispositifs actuels d'allocation de ressources en France

Véronique Lucas-Gabrielli, Dominique Polton

CREDES, 1 rue Paul Cézanne - 75008 Paris

Les ordonnances d'avril 1996 ont posé le principe d'une déclinaison régionale des enveloppes financières destinées à la médecine de ville et aux établissements de soins. Une politique de réduction des inégalités régionales s'est donc mise en place, à partir de 1997, de manière parallèle dans les différents secteurs, chacun possédant sa dynamique propre.

L'examen des méthodes et des modalités de répartition suggère quelques critiques et interrogations.

Elles portent en premier lieu sur les principes qui fondent les formules de répartition employées, et sur les conséquences, parfois insuffisamment explicitées, des choix techniques opérés.

Mais plus profondément, elles conduisent à s'interroger sur la conception de l'équité sous-jacente à cette politique : et l'on peut, de ce point de vue, formuler différentes politiques alternatives, qui illustrent d'ailleurs bien les grands courants théoriques relatifs à la conception de l'équité et de la justice sociale.

## 1. Les modalités techniques de répartition et leurs conséquences

### 1.1. La gestion sectorielle des enveloppes

#### 1.1.1. Une gestion segmentée du système de soins conduisant à une approche segmentée de la régionalisation

Historiquement, la régulation de notre système de soins a été organisée secteur par secteur. Cette gestion segmentée s'est d'ailleurs longtemps reflétée dans l'organisation institutionnelle, et dans la délimitation des champs de compétence : à l'Etat la responsabilité de l'hospitalisation publique et du médicament, aux caisses d'assurance maladie nationales la gestion des conventions avec la médecine libérale, aux CRAM<sup>1</sup> les relations avec les cliniques privées,...

Les champs de compétence respectifs ont évolué, mais la logique sectorielle reste prédominante et a imprimé sa marque sur la régulation financière. C'est ainsi que l'enveloppe nationale des dépenses d'assurance maladie votée par le Parlement est en premier lieu décomposée en quatre sous-enveloppe : hospitalisation publique, hospitalisation privée, médico-social, honoraires et prescriptions en médecine de ville - cette dernière enveloppe étant elle-même décomposée entre généralistes et spécialistes.

C'est sur cette logique sectorielle, qui structure l'organisation et la gestion de notre système, qu'est venue se greffer dans un second temps la démarche de répartition régionale des ressources. Et c'est donc tout logiquement que, dans chacun des secteurs, les administrations responsables ont mené parallèlement leur réflexion sur cette répartition régionale.

La direction des hôpitaux du Ministère des affaires sociales a été pionnier dans ce domaine, puisque le principe d'une correction des inégalités régionales a été adopté dès 1991 pour les hôpitaux publics avec la modulation de marges de manœuvre régionales<sup>2</sup>. C'est alors qu'ont été élaborés les premiers concepts et outils de cette répartition, qui dans leur grands traits sont toujours en vigueur aujourd'hui,

<sup>1</sup> Caisses régionales d'assurance maladie.

<sup>2</sup> L'évolution des budgets hospitaliers publics est encadrée depuis une vingtaine d'années par un taux directeur fixé au niveau national. Ce taux a été décomposé pendant plusieurs années en un taux de base et une marge de manœuvre. C'est cette fraction du taux directeur global qui était répartie inégalement entre les régions..

avec notamment le critère de la « population hospitalisable », analysée dans le texte d'Alain Charraud et de Marc Joubert.

En 1997, un seuil a été franchi, en application des ordonnances de 1996, avec la mise en place d'une péréquation portant non plus sur la marge de manoeuvre, mais sur l'ensemble du taux de progression des dépenses régionales d'hospitalisation publique.

Cette même année 1997, la CNAMTS<sup>3</sup> s'est lancée à son tour dans une réflexion sur les modalités de déclinaison régionale des dépenses, concernant non plus des dotations budgétaires mais des objectifs prévisionnels de dépenses (sous forme de taux d'évolution plafonds) fixés pour les honoraires et les prescriptions des médecins libéraux<sup>4</sup>. Ceci a conduit à la fixation de 22 objectifs régionaux, pour la médecine généraliste d'une part, pour la médecine spécialisée d'autre part. Des déclinaisons indicatives des objectifs nationaux, par CPAM<sup>5</sup>, avaient précédé en 1994 et 1995 cet exercice régional.

Initialement prévue pour 1998, l'extension de cette régionalisation des objectifs de dépenses aux cliniques n'a finalement pas été réalisée.

Au terme d'une année d'application, le Haut Comité de la Santé Publique a dressé le bilan de ces dispositifs de répartition régionale<sup>6</sup>. Que constate-t-on ?

Si l'on met de côté les différences dans les modalités techniques de répartition, exposées dans le texte de Pascale Breuil-Genier, la juxtaposition de ces systèmes de péréquation régionale par secteur révèle un jugement de valeur implicite dont le bien-fondé peut être discuté.

#### **1.1.2. Le jugement de valeur implicite sous-jacent à cette segmentation et ses conséquences sur les redistributions financières**

Dans chaque secteur, le mécanisme de péréquation régionale tel qu'il a été mis en œuvre en 1997 tend peu ou prou à faire converger toutes les régions vers la dépense nationale moyenne de soins par personne. L'application juxtaposée de ces dispositifs se donne comme objectif à long terme que chaque région ait (à structure d'âge identique) :

- la même dépense moyenne d'hospitalisation, en maintenant inchangée, à l'intérieur de cette dépense globale, la répartition des « parts de marché » entre hôpitaux publics et cliniques privées (du moins ceci est le principe affiché, car en pratique la méthode utilisée, fondée sur la répartition des entrées et non des dépenses, n'assure pas ce résultat)<sup>7</sup>,
- la même dépense moyenne de généraliste,
- la même dépense moyenne de spécialiste.

<sup>3</sup> Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

<sup>4</sup> La différence n'est pas seulement sémantique : pour les hôpitaux publics, qui sont en budget global, les dépenses effectivement réalisées correspondent aux dépenses prévues puisqu'elles donnent lieu à des versements mensuels des caisses d'assurance maladie aux hôpitaux. Dans le secteur libéral (soins de médecins en cabinets mais aussi dépenses des cliniques privées), où les producteurs de soins sont payés à l'acte, les dépenses effectives, qui dépendent du volume d'activité, sont constatées ex post, et n'ont pas de raison de coïncider avec les objectifs prévisionnels fixés ex ante. Cette coïncidence ne peut s'établir que par un mécanisme d'ajustement a posteriori, par exemple un ajustement sur les prix unitaires des actes. C'est le dispositif à l'œuvre pour les cliniques privées au niveau national. Cette différence est essentielle au regard de la problématique, qui nous intéresse ici, du rééquilibrage régional. : dans le cas des hôpitaux publics le rééquilibrage prévu est effectif d'emblée, dans le secteur libéral il ne l'est que 1) si les mécanismes d'ajustement existent, 2) s'ils jouent au niveau régional, ces deux conditions n'étant pas remplies actuellement.

<sup>5</sup> Caisse primaire d'assurance maladie.

<sup>6</sup> Les travaux de ce groupe présidé par JC Saily ont fait l'objet d'un rapport à la Conférence nationale de Santé sur « Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé ». Les réflexions présentées ci-dessous sont issues des travaux réalisés par les auteurs dans le cadre de ce groupe.

<sup>7</sup> Pour plus de précision sur ce hiatus entre le principe et la modalité technique conçue pour l'appliquer, voir le texte de Pascale Breuil-Genier.

On vise donc à homogénéiser non seulement les dépenses globales, mais aussi la structure de ces dépenses selon les différents types de soins (hôpital, médecine généraliste, médecine spécialisée). Ceci repose sur un jugement de valeur, implicite, et contestable, selon lequel il y a un modèle d'organisation des soins, représenté par la structure moyenne nationale, qui est optimal et doit être imposé à toutes les régions.

Ce serait sans conséquence si les structures de soins actuelles étaient peu différentes d'une région à l'autre. Or ce n'est pas le cas : à titre d'exemple, l'Ile-de-France et le Nord-Pas-de-Calais présentent des structures de dépenses très contrastées (cf tableau 1 en annexe).

Appliquer ce modèle revient donc non seulement à redistribuer entre régions riches et régions pauvres sur la masse globale de leurs dépenses, mais à redistribuer entre secteurs dans une même région, *ces deuxièmes redistributions étant d'un ordre de grandeur très supérieur au redéploiement global inter-régional.*

Ainsi pour reprendre l'exemple ci-dessus, la région parisienne, globalement excédentaire de 11% si on cumule les dépenses par secteur, devrait pour atteindre sa situation cible, diminuer ses dépenses d'hospitalisation publique de 25%, celles d'hospitalisation privée de 11%, celles des spécialistes de 13%, et au contraire augmenter ses dépenses de généralistes de 22% ; à l'inverse, le Nord-Pas-de-Calais devrait diminuer ses dépenses de généralistes de 20%, augmenter ses dépenses de spécialistes de 26% et ses dépenses d'hospitalisation de 13%.<sup>8</sup> (cf tableau 2 et graphique 1 en annexe).

## 1.2. Le choix des critères de besoin

Entre les différents secteurs, les méthodes utilisées sont cohérentes sur le plan de l'indicateur utilisé pour apprécier les besoins, c'est-à-dire l'âge.

Mais on sait que cet indicateur ne permet pas de rendre compte de l'ensemble des différences de morbidité, elles mêmes génératrices de recours aux soins. Une fois éliminés les effets de l'âge et du sexe, les taux de mortalité varient encore de 90 à 120 environ selon les régions.

Si l'on introduit un indicateur global de mortalité tel que l'indice comparatif de mortalité de manière linéaire, on constate que globalement cet indicateur accentue ou tempère les déficits ou excédents mais en général ne bouleverse pas le sens des écarts.

Ceci n'est pas vrai cependant pour les omnipraticiens, car les régions les plus défavorisées sur le plan de la mortalité sont aussi souvent celles où le recours aux soins fait une place importante à la médecine générale. La Bretagne, la Lorraine passent ainsi d'un excédent à un déficit selon ce critère. Quand au Nord-Pas-de-Calais ou à la Picardie, leur « excédent » de dépenses de généralistes disparaît pratiquement lorsque l'on prend en compte ce critère (cf graphique 2 en annexe).

On retrouve là encore un écueil lié au raisonnement par secteur. Outre qu'il conduit, on l'a vu, à porter des jugements contrastés sur une même région en fonction du secteur considéré, ce jugement est lui-même contrasté selon l'indicateur utilisé, ce qui n'est pas le cas quand on raisonne sur l'ensemble des dépenses.

---

<sup>8</sup> Résultats d'une simulation sur les bases suivantes : variante de la direction des hôpitaux dite « H » (court et moyen séjour, y compris alternatives) pour l'hospitalisation publique, sans prise en compte des flux inter-régionaux ; méthode identique appliquée aux cliniques privées ; les cibles pour les dépenses de médecine libérale sont les cibles telles qu'elles sont calculées dans la répartition 1997, c'est-à-dire la médiane, recalées de façon à retrouver le total France entière. Les résultats pour l'ensemble des régions sont détaillés dans un tableau en annexe.

## 2. Les conceptions d'équité sous-jacentes aux politiques de réduction des inégalités

### 2.1. Une pluralité de critères possibles

Au-delà des choix évoqués ci-dessus - choix a priori techniques, mais dont on a vu qu'ils ne sont pas neutres et révèlent des normes implicites -, la question plus fondamentale qui se pose est la conception de l'équité à laquelle renvoient ces dispositifs de redistribution.

Les redistributions déjà opérées se fondent sur un principe d'équité que l'on pourrait appeler « l'égalité des droits de tirage sur l'assurance maladie » : à besoin égal, dépenses égales<sup>9</sup>.

D'autres critères pourraient être envisagés.

Ainsi on pourrait se limiter à un critère moins ambitieux que l'on pourrait qualifier « d'égalité des productivités » : à activité de soins égale, ressources égales. C'est le critère sous-jacent lorsque l'on compare les valeurs de l'indice synthétique d'activité issu du PMSI, d'un hôpital à l'autre ou d'une région à l'autre<sup>10</sup>. On ne cherche pas alors à agir sur le volume de production de soins, dont on estime qu'il s'établit spontanément par la confrontation d'une demande de la population et d'une offre médicale. En revanche dans cette conception, l'équité consiste à garantir une rémunération identique à production identique, en organisant donc la redistribution des moins efficaces vers les plus efficaces.

Notons que la mesure de l'efficacité est contingente aux outils dont on dispose, et enregistre aussi leurs limites. L'indicateur synthétique évoqué est une mesure partielle de l'efficacité d'un système de soins. Néanmoins, c'est la seule qui existe aujourd'hui.

A l'inverse, une politique de redistribution entre des régions pourrait se fixer un objectif plus ambitieux que la seule égalisation des dépenses à « besoin objectif » donné, et tenter de résorber l'inégalité fondamentale que sont les écarts de mortalité et plus globalement d'état de santé. L'amélioration de l'état de santé est bien en effet le but ultime de l'activité de soins (entendue au sens large, prévention, soins, réadaptation,...), même si l'on sait qu'il est loin d'en constituer le seul déterminant.

Le critère d'équité s'exprimerait alors non pas en égalité de dépenses, ou en égalité de productivité, mais bien en égalité d'états de santé.

On voit que ces principes redistributifs renvoient à des conceptions de l'équité très différentes, que l'on peut d'ailleurs rattacher à des grands courants théoriques sur la justice sociale.

---

<sup>9</sup> Ce critère pose cependant immédiatement la question de savoir comment approcher le « à besoin égal ». En toute rigueur, il faudrait mesurer précisément les écarts de morbidité et apprécier leurs conséquences en termes de consommation de soins. Dans la pratique, on se contente d'une approximation du besoin par des critères simples et facilement mesurables. En l'occurrence, dans les dispositifs de péréquation actuels, le critère retenu est l'âge. Dans d'autres pays un indicateur de mortalité est également utilisé (indice comparatif de mortalité). Le résultat est d'ailleurs, il faut le rappeler, sensible au choix du ou des critères retenus, comme nous l'avons vu ci-dessus.

<sup>10</sup> Cet indice synthétique d'activité, ISA, mesure l'activité (d'un établissement ou d'une région), par le nombre de séjours hospitaliers pondéré par leur poids respectifs sur une échelle de coûts relatifs déterminée nationalement.

## 2.2. Les conceptions de la justice sociale sous-jacentes

On se référera à la typologie proposée par C. Schneider-Bunner (1997) à partir d'une double clé de classement :

- Selon qu'elles appliquent le principe de justice aux résultats des actions, ou seulement aux procédures.
- Selon la valeur qu'elles accordent aux principes d'égalité, de liberté et d'efficacité.

Ceci conduit à distinguer dans les courants de pensée et théories de la justice, 3 pôles :

- Le pôle égalitariste, pour qui la justice se mesure à l'égalité des résultats, ce principe d'égalité étant beaucoup plus essentiel que les principes de liberté et d'efficacité.
- Le pôle libéral, pour qui des procédures sont justes dès lors qu'elles respectent des principes d'efficacité et de liberté, et indépendamment des résultats obtenus.
- Enfin le pôle rawlsien, intermédiaire entre ces deux grands courants de pensée, qui s'appuie sur les deux principes *d'égalité* et de *juste égalité des chances* renvoyant à une conception procédurale de la justice, principes qu'il partage avec les théories libérales, mais qui y ajoute *le principe de différence* (le plus original et d'ailleurs le plus souvent cité comme spécifique de ce courant de pensée), selon lequel certaines inégalités sont justifiées, celles qui favorisent les plus désavantagés (et tendent à améliorer leur sort par rapport à leur situation d'origine, et donc à infléchir les résultats).

Représentation schématique des grands courants de la justice sociale

	Résultat	Procédure
Egalité	Pôle égalitariste	Pôle rawlsien
Liberté		
Efficacité		Pôle libéral

Source : Santé et justice sociale, C. Schneider-Bunner, 1994

C Schneider-Bunner a examiné les applications concrètes de ces théories à l'action publique dans le domaine de la santé. Le traitement des inégalités régionales en fournit une illustration :

- Une redistribution limitée au seul *critère de productivité*, qui peut être réalisée au nom de l'efficacité globale du système de santé, traduit une **conception plutôt libérale**. Une telle conception conduit à ne pas intervenir dans l'interaction de l'offre et de la demande de soins, en mettant en avant les principes de liberté, par exemple la liberté d'installation des producteurs. (Dans sa composante la plus radicale, qui considère que le bien santé doit comme tout autre faire l'objet de libres échanges sur un marché, le pôle libéral est marginal dans les pays développés disposant d'un système de santé socialisé, encore qu'il gagne du terrain).
- L'objectif d'égaliser les états de santé, qui renvoie à une **conception égalitariste radicale**, est clairement hors de portée du seul système de soins et de ses ressources. Un objectif dégradé pourrait être dès lors de réduire et de supprimer les inégalités de santé sur lesquelles l'appareil sanitaire peut agir : mais le mode opératoire pour atteindre un tel objectif n'a rien d'évident. C'est pourquoi la solution la plus simple consiste à **déplacer le principe d'égalité du terrain de la santé vers le terrain des soins**.

Egalité des soins à besoin identique, tel est donc le principe implicite qui sous-tend les formules de péréquation utilisées pour régionaliser les enveloppes de dépenses.

Encore faut-il préciser la notion d'égalité : s'agit-il d'une égalité d'accès, d'une égalité de possibilité de consommer des soins (même disponibilité et proximité de l'offre, même « prix » à payer<sup>11</sup>) ? Ou d'une égalité des consommations effectives ? Les dispositifs de péréquation semblent refléter la seconde approche, plus volontariste, mais cette apparence est en partie trompeuse. Dans le secteur de la médecine libérale en effet, les pouvoirs publics et l'assurance maladie ne peuvent définir que des « autorisations de dépenses », et ne sont pas en mesure de garantir l'égalisation effective des volumes de consommation<sup>12</sup>.

Dès lors que les mécanismes de déclinaison d'enveloppes financières, en tant qu'instrument d'équité :

- 1 - ne peuvent garantir l'égalisation effective des consommations de soins,
- 2 - ne peuvent pas réellement non plus garantir l'égalité d'accès,
- 3 - et en tout état de cause, ne donnent pas de certitude sur la réduction des inégalités de santé qui pourrait résulter d'une telle ré allocation,

on est tenté de se tourner vers des actions alternatives, plus limitées, mais dont l'impact sur les inégalités de santé pourrait être plus clairement établi : ainsi l'idée de distribuer des enveloppes de moyens destinées au traitement de problèmes de santé publique spécifiques a-t-elle été évoquée par le Haut comité de la santé publique. La proposition qu'il a formulée de distribuer ces moyens de manière inégalitaire, en donnant plus aux régions les plus défavorisées (en termes d'état de santé) renvoie pour le coup explicitement au principe de différence de Rawls. Au total, la solution préconisée (égalisation des productivités couplée à une discrimination positive en faveur des régions les plus défavorisées) s'inscrit globalement dans une approche rawlsienne de l'équité.

---

<sup>11</sup> *Le prix peut s'entendre ici de façon non pas absolue, mais relative aux ressources financières de l'individu : par exemple, gratuité pour les plus pauvres, ...*

<sup>12</sup> *Dans le secteur de l'hospitalisation publique les choses semblent a priori plus simples dans la mesure où des budgets peuvent être effectivement alloués : mais en réalité le même problème peut se poser si des ressources supplémentaires viennent augmenter la rémunération des producteurs plutôt que les volumes de soins consommés.*

## Annexe

**Tableau 1 : Répartition des masses financières - 1996** <sup>13</sup>

	Hospitalisation	Dépenses de généralistes	Dépenses de spécialistes
Ile-de-France	61%	24%	15%
Nord-Pas-de-Calais	47%	41%	12%

Source : CNAMTS, Direction des hôpitaux

**Tableau 2**

	METHODE ACTUELLE DE REPARTITION						
	Ecart à la cible en % (1)						
	Total hospiti	Total ambulatoire (4)	Hospi publique (2)	Cliniques (3)	Total omnipraticiens (4)	Total spécialistes (4)	Total général
01 - Ile de France	-23,5%	8,6%	-25,1%	-10,5%	21,8%	-12,6%	-10,9%
02 - Champagne-Ardenne	4,3%	3,7%	5,2%	-1,4%	1,2%	9,9%	4,0%
03 - Picardie	28,0%	-1,7%	29,3%	12,6%	-10,5%	25,8%	12,8%
04 - Haute Normandie	15,4%	3,1%	13,4%	29,8%	-0,7%	12,7%	9,1%
05 - Centre	20,8%	3,4%	21,0%	20,0%	1,6%	7,7%	11,6%
06 - Nord-Pas de Calais	12,8%	-9,9%	12,8%	12,8%	-20,1%	25,8%	0,8%
07 - Lorraine	1,5%	-0,7%	2,5%	-9,0%	-4,0%	7,8%	0,5%
08 - Alsace	2,4%	6,6%	3,0%	-6,8%	8,1%	3,3%	4,2%
09 - Franche-Comté	20,4%	14,5%	19,4%	34,2%	11,7%	21,2%	17,7%
10 - Basse-Normandie	10,9%	15,9%	11,2%	8,1%	8,4%	36,7%	13,1%
11 - Pays de la Loire	13,8%	8,4%	13,6%	15,1%	2,9%	22,9%	11,1%
12 - Bretagne	7,4%	1,4%	5,8%	23,0%	-2,3%	10,6%	4,5%
13 - Limousin	7,4%	-2,7%	7,6%	5,4%	-12,4%	28,7%	2,5%
14 - Auvergne	6,0%	5,7%	7,6%	-4,7%	-0,6%	22,9%	5,9%
15 - Poitou - Charentes	33,7%	1,5%	35,0%	23,1%	-6,6%	26,0%	16,4%
16 - Aquitaine	-1,2%	-5,5%	-0,7%	-4,2%	-7,6%	-0,3%	-3,4%
17 - Midi-Pyrénées	-7,0%	-10,4%	-8,3%	-0,6%	-11,3%	-8,2%	-8,8%
18 - Bourgogne	17,9%	8,1%	19,5%	7,9%	8,0%	8,3%	12,9%
19 - Rhône-Alpes	5,7%	12,4%	6,6%	-1,6%	17,6%	2,2%	8,7%
20 - Languedoc - roussillon	3,1%	-13,0%	4,6%	-4,6%	-12,2%	-14,7%	-5,6%
21 - Provence - Alpes - Côte d'Azur	-8,0%	-20,1%	-6,0%	-17,6%	-14,2%	-30,7%	-14,4%
22 - Corse	-11,1%	-21,4%	-18,8%	28,2%	-13,4%	-34,8%	-17,0%
France	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

(1) (Dépenses théoriques - dépenses constatées) / dépenses constatées.

(2) variante H (court et moyen séjour, v.c. alternatives) - pas de prise en compte des flux.

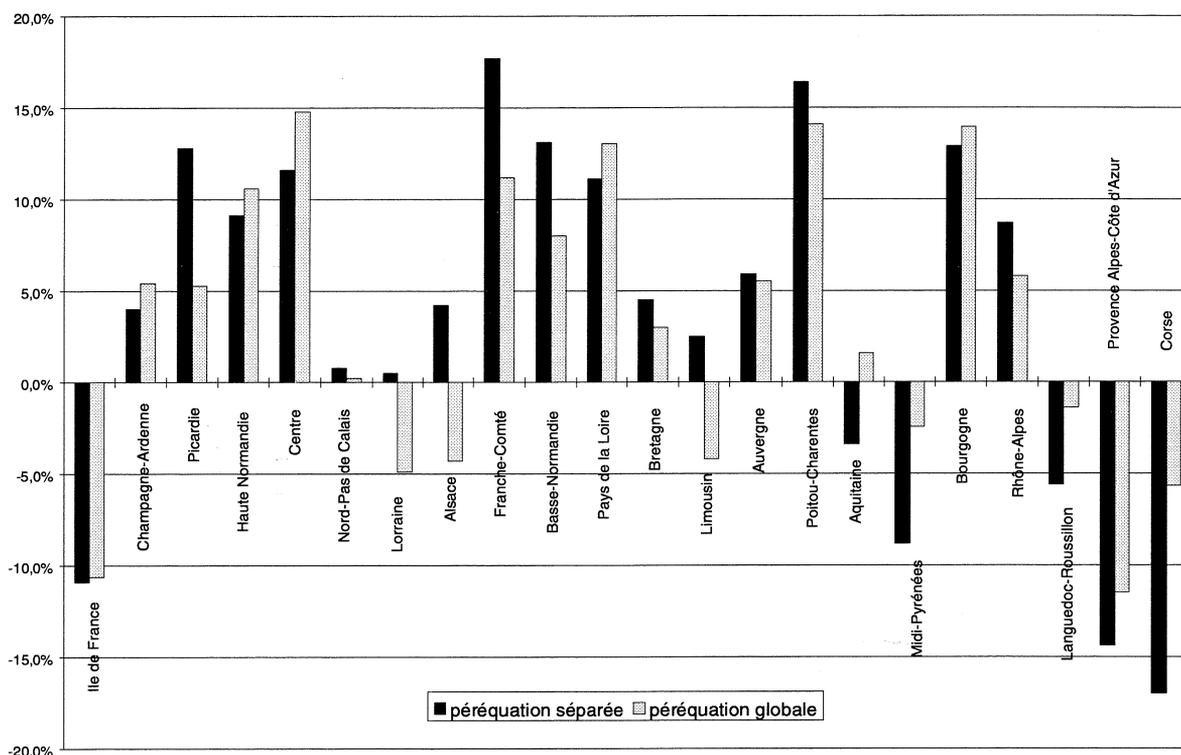
(3) variante 2 non corrigée.

(4) les cibles calculées à partir de la médiane, ont été ensuite redressées pour recalculer le total France entière.

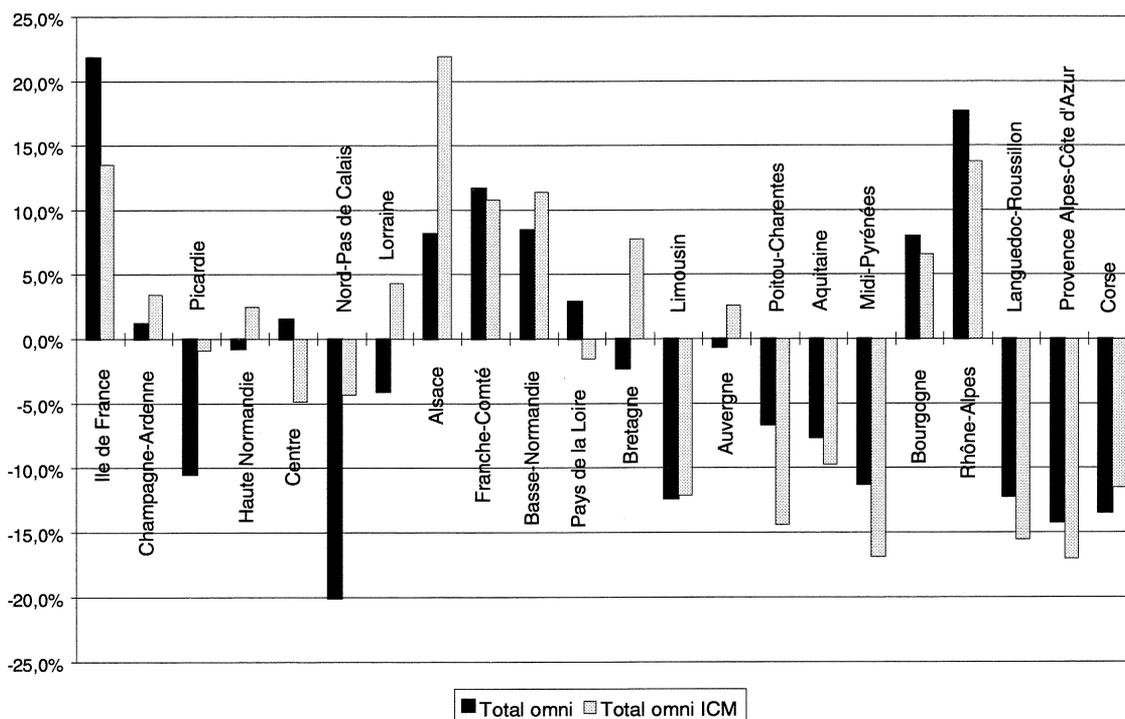
Source : CNAMTS, Direction des hôpitaux, CREDES pour certaines simulations.

<sup>13</sup> Dépenses réalisées correspondant aux agrégats tels qu'ils sont définis pour fixer les objectifs prévisionnels dans chacun des secteurs : soins de généralistes, soins de spécialistes, dépenses des hôpitaux publics, dépenses des cliniques. Il faut rappeler que ces objectifs prévisionnels concernent non pas la consommation mais la production de chaque région. En conséquence une part de l'écart peut être due à des flux de patients entre régions, qui concernent surtout l'hospitalisation. Ils sont cependant loin d'expliquer l'essentiel des écarts.

**Graphique 1 : Ecart entre dépenses théoriques et dépenses constatées selon 2 méthodes : péréquation séparée et globale**<sup>14</sup>



**Graphique 2 : Ecart à la cible pour les omnipraticiens, selon que l'on introduise ou non l'indice comparatif de mortalité (icm) dans la formule de répartition**



<sup>14</sup> Péréquation séparée : on compare la dépense globale constatée dans chaque région à la somme des dépenses théoriques calculées séparément pour chaque secteur (dernière colonne du tableau 2) Péréquation globale : on compare la dépense globale constatée dans chaque région à une dépense théorique calculée selon la même méthode que précédemment, mais en appliquant cette méthode globalement au total des dépenses.

## Bibliographie

- 1 Jourdain (A. ) Ecole nationale de la Santé Publique  
Comment « rawper » les inégalités de santé entre régions  
*Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale*, 91/10-12 ; vol. 31 : n° 4 : 309-344, 3 tabl.
- 2 Tonnellier F., Essai d'allocation de ressources à un niveau infra régional. « Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales », 1997/07-12, n° 3-4, pp 237-251.
- 3 Schneider-Bunner (C.)  
Santé et justice : l'économie des systèmes de santé face à l'équité  
Paris : Economica, 1997
- 4 Jean Claude Saily, *et alii*, Haut Comité de Santé publique. 1998.  
Rapport à la Conférence Nationale de Santé 1998, Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé.
- 5 A. Charraud, M. Joubert  
Portée et limites d'un critère de péréquation des dotations sanitaires régionales pour les hopitaux  
Avril 1998
- 6 Pascale Breuil-Genier  
Les méthodes de péréquation régionale des dépenses de soins utilisées en France en 1997 : une présentation critique  
Avril 1998