

Le financeur, la T2A, le médecin, le patient : l'exemple de la cancérologie thoracique

A. Vergnenègre

Résumé

Contexte La multiplication des réformes du système de financement des établissements de santé a un impact sur la prise en charge des patients, notamment dans le domaine de la cancérologie.

Méthodes Les principaux textes législatifs sont décrits dans les suites du plan Hôpital 2002-2007. Ces textes sont analysés en fonction des différents points de vue.

Résultats La mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A) est analysée selon le point de vue du financeur avec sa logique strictement économique. La T2A regroupe les financements liés à l'activité et ceux qui sont financés en supplément. Le point de vue du médecin peut être opposé à cette logique du financeur, même s'il est obligé de prendre en compte certaines contraintes d'organisation. Le point de vue du patient peut être diamétralement opposé à celui du financeur. Une description du patient idéal dans le cadre du financement par la T2A est ensuite réalisée.

Conclusion Les logiques économiques sont parfois opposées aux logiques médicales ou aux désirs des patients. L'éthique doit rester prépondérante et l'analyse des pratiques, ainsi que de certains indicateurs doit venir pondérer l'application de textes basés uniquement sur des considérations économiques.

Mots-clés : Hôpital • Tarification • Cancer du poumon.

Service de l'Information Médicale et de l'Évaluation, Hôpital du Cluzeau.

Correspondance : A. Vergnenègre
Service de l'Information Médicale et de l'Évaluation, Hôpital du Cluzeau, 23, avenue Dominique-Larrey, 87042 Limoges cedex, France.
alain.vergnenegre@unilim.fr

Rev Mal Respir 2007 ; 24 : 6S216-6S221

The payer, the T2A pathway, the physician, the patient: The exemple of thoracic oncology

A. Vergnenègre

Summary

Background For a few years, the French health system has implemented a lot of reforms which have consequences on patients' management, particularly in oncology.

Methods The main legislative texts are described. There were published after 2002-2007 hospital plan. These texts are analyzed according to several perspectives.

Results The implementation of the new fee scale (T2A: Tarification à l'Activité) is done according to the point of view of the payer with its economic basis. The T2A associates financing bound in relation to activity and other financed in supplement. The physicians' perspective can be in the opposite of the point of view of the payer, because they have to modify some management strategies. The patient's point of view can be dramatically opposite. A description of the ideal patient within the T2A pathway is secondary performed.

Conclusion Each economical logic (the patients, the payer and the physicians) can be in opposition. Ethic has to be predominant and indicators, like practice guidelines and evaluation, have to balance economical considerations.

Key-words: Hospital • Fees • Lung cancer.

Rev Mal Respir 2007 ; 24 : 6S216-6S221

alain.vergnenegre@unilim.fr

L'activité de soins n'est plus l'activité exclusive des médecins. Les contraintes réglementaires récentes ont progressivement transféré une partie de leur activité vers des tâches plus administratives [1]. Les dépenses de santé restent une préoccupation majeure des pays industrialisés qu'il n'est plus possible d'ignorer dans son exercice médical.

Cependant, il faut noter parfois un certain antagonisme entre les positions et les points de vue des différents intervenants dans le domaine de la santé. C'est ce que nous allons essayer de montrer à travers les différents points de vue présentés.

Le financeur

Le système de santé français [2] associe solidarité, grâce aux cotisations contributives liées au travail, et universalité (risque maladie et remboursements). L'Assurance Maladie est le financeur exclusif du risque santé. Depuis de nombreuses

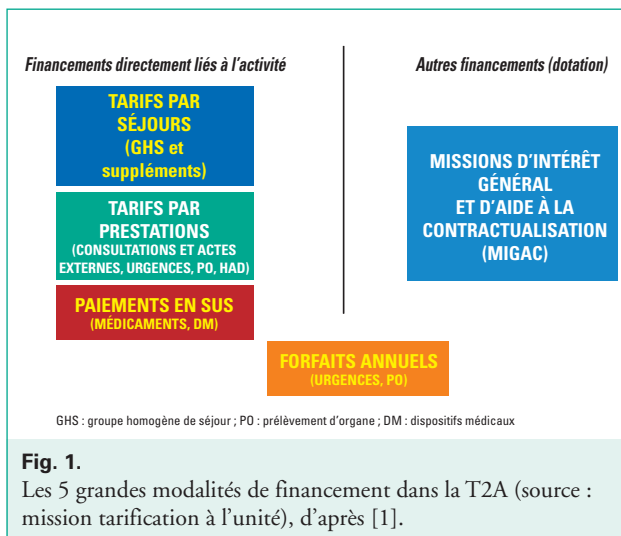
années, les dépenses de santé augmentent inexorablement et le solde négatif de ces dépenses est le suivant – 11,9 milliards d'euros pour 2004, – 11,6 milliards d'euros pour 2005 [3]. Le système fonctionne encore avec plusieurs enveloppes dont une destinée aux soins ambulatoires qui regroupent tous les soins externes, les consultations et les actes des médecins libéraux et une enveloppe pour les soins hospitaliers, qu'ils soient privés ou publics [2]. Dans le cadre de ces soins hospitaliers, et sur plusieurs années, on assiste à une tentative de contrôle des dépenses, puisque les soins hospitaliers représentaient 48,4 % en 1990 et 44,5 % en 2005 [3] des dépenses de biens et soins médicaux. Même si l'Assurance Maladie est le principal payeur, l'État intervient lors des négociations par la création des Agences régionales d'hospitalisation qui gèrent, depuis de nombreuses années, le système public et le système privé hospitalier. L'État, pour pallier l'augmentation des dépenses en secteur hospitalier, a instauré en 1984 le budget global, c'est-à-dire que les budgets des établissements étaient bloqués et augmentés d'une année sur l'autre d'un pourcentage fixé *a priori*. Les différentes lois de Sécurité sociale ont fait appel à une plus grande médicalisation avec une évaluation des séjours à travers le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Les tentatives de régulation par l'intermédiaire d'échelles relatives de coûts comme les points d'Indice Synthétique d'Activité (points ISA), n'ont pas été suivies d'efficacité majeure. Le financeur a alors souhaité passer à un paiement à l'activité pour les établissements de soins, identique à celui qui se pratique dans de nombreux pays comme les États-Unis. Il a mis en place la Tarification à l'Activité (T2A) au décours du plan Hôpital 2002-2007 [1]. Cette T2A a augmenté progressivement en pourcentage et a atteint en 2007 le taux de 50 %. Elle doit normalement atteindre 100 % en 2012 avec une convergence des tarifs entre le public et le privé. Le financeur en attend plusieurs objectifs :

- un contrôle des coûts des établissements de soins par l'intermédiaire des tarifs édités chaque année et *a priori* au *Journal Officiel* ;
- un contrôle de l'évaluation macroscopique des dépenses par les objectifs nationaux et un suivi régulier permettant de savoir si ces objectifs sont dépassés ;
- une adjonction par un mécanisme d'évaluation de pratiques et de maîtrise médicalisée permettant un contrôle général des dépenses.

Malgré ces idées ambitieuses, ce contrôle n'est actuellement pas réalisé avec une augmentation annuelle d'environ 4 % des dépenses de santé [3] qui restent de l'ordre de 1 à 1,5 % au-dessus des objectifs prévus par le Parlement.

La tarification à l'activité (T2A)

Nous ne rappellerons ici, que de façon très sommaire, l'ensemble de fonctionnement de cette T2A [1]. Il existe 5 catégories de prestations à travers la T2A (*fig. 1*) :



– les prestations qui ne sont pas liées à de l'activité et qui correspondent à des activités de santé publique, de recherche, de prévention, d'éducation, qui rentrent dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation [4]. Ces missions sont et resteront payées par les Agences régionales d'hospitalisation en supplément du paiement à l'activité ;

– les paiements par forfait qui concernent certaines activités, comme les services d'Urgences ou les prélèvements d'organe ;

– les financements directement liés à l'activité que l'on sépare en trois catégories :

- les tarifs par prestation pour les consultations externes, les actes externes, les passages aux urgences, le nombre de prélèvements d'organe ;
- les tarifs par séjour : ce sont les Groupes Homogènes de Séjour (GHS), ainsi que leurs suppléments qui sont directement en relation avec l'information codée par les médecins ;
- les paiements en sus de certains médicaments et dispositifs médicaux implantables.

Ce nouveau système de tarification impose aux médecins de coder tous les séjours d'un patient à l'intérieur d'un établissement, à l'aide de classifications complexes et que nous ne rappellerons pas et qui ont fait l'objet d'une publication par la Société de Pneumologie de Langue Française [5, 6].

La T2A a ainsi comme objectif ambitieux de payer les établissements à l'activité réellement produite. Elle a obtenu le soutien de l'ensemble des syndicats hospitaliers privés et publics. Elle nécessite cependant l'existence d'une comptabilité analytique performante [7] dans les établissements, de façon à pouvoir mettre en place une comparaison entre les coûts réellement dépensés pour la prise en charge d'une pathologie et les tarifs distribués par le Ministère. L'analyse des écarts devient un enjeu stratégique pour ces établissements. Parallèlement, le budget des établissements publics a été radicalement

transformé [8]. Il n'y a plus de versement *a priori*, mais il y a maintenant reversement en fonction des données transmises. Ces données, depuis mai 2007, doivent être envoyées mensuellement à l'ARH [9-12]. L'objectif est de parvenir à un paiement au fil de l'eau, avec une transmission directe des données aux caisses à partir du 1^{er} janvier 2009. Les Directeurs des finances des établissements produisent maintenant un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) qui n'a plus rien à voir avec l'ancien budget global [8] : les dépenses sont directement en relation avec les recettes.

Le médecin

Comme cela a été souligné dans l'introduction, les tâches administratives n'ont jamais été très prisées par le corps médical. Si, dans le secteur libéral, les transmissions des feuilles de soins, plus ou moins automatisées, ont été généralisées, les médecins avaient peu l'habitude de ces contraintes en secteur hospitalier. L'adaptation à la T2A a été plus facile en secteur libéral où les bordereaux de facturation étaient utilisés depuis de nombreuses années. En secteur public, ces dispositions ont été plus difficiles à mettre en place. Elles concernaient des domaines où la facturation n'était pas jusqu'alors réalisée. Pour les soins externes, tous les actes sont concernés : consultations, actes médicaux, mais également paramédicaux doivent être codés pour être payés aux établissements [1]. Il est important en oncologie de bien faire figurer l'ensemble des actes réalisés par le corps infirmier, notamment lors des bilans de cancer ou lors des consultations de surveillance.

Pour les séjours hospitaliers, le codage obéit aux règles existantes depuis le début des années 1990 [5, 6], mais ces règles sont variables, changent souvent d'une année sur l'autre et sont relativement complexes à exposer. C'est la raison pour laquelle elles nécessitent d'être rappelées régulièrement.

Si l'on prend l'exemple d'une patiente venant pour sa 3^e cure de chimiothérapie pour un carcinome bronchique à petites cellules métastatique à l'os et au foie, l'interrogatoire doit être soigneux au moment de l'arrivée de la patiente : la malade a présenté au cours du 2^e cycle une neutropénie de grade III ne nécessitant pas de traitement et une anémie de grade I. Cependant, le jour de sa chimiothérapie, cette patiente est fatiguée, a une inappétence, a perdu 4 kilos avec une dénutrition visible. Le bilan biologique pré-chimio est satisfaisant ainsi que l'examen clinique. Il est décidé de lui administrer sa 3^e cure de chimiothérapie cisplatine-étoposide en la complétant par une réalimentation parentérale pendant les trois jours. Conformément aux règles, le codage du dossier en diagnostic principal doit mentionner la chimiothérapie et en diagnostic relié le cancer bronchique à petites cellules. Par contre, dans les diagnostics associés, si l'on peut citer les métastases, il ne faut pas oublier la dénutrition sévère (E43). Le séjour est orienté vers le GHS qui s'appelle « affections myéloprolifératives et tumeurs

de siège imprécis ou diffus avec comorbidité sévère » (17M01S) et génère 11 040,10 €, alors que si l'on oublie cette dénutrition, le GHS ne rapportera que 3 000,56 €. Il est clair que ces règles de codage sont tellement complexes qu'elles ne peuvent pas être assimilées par tous et qu'il est impératif que les outils mis à disposition des médecins leur permettent [13] :

- une saisie simple et facile ;
- une connaissance s'ils le désirent, des euros générés ;
- la possibilité d'alternative de codage en ligne sans perte de temps majeur.

On voit bien que cette activité est très éloignée de l'exercice médical, mais elle est malheureusement incontournable.

Le patient

Le fonctionnement du système de santé français est mal connu du patient, notamment dans sa partie dépenses. La prise en charge est réalisée par la Sécurité sociale et la mutuelle complète le remboursement. Le mécanisme est encore plus simple lorsque le patient est admis en affection de longue durée avec une prise en charge à 100 %. Cependant, les différentes réformes ont laissé à sa charge un certain nombre de dépenses comme le forfait hospitalier journalier, le forfait de 18 € sur certains actes réalisés. Le patient bénéficie en France d'une grande liberté [2] : liberté de choix de son établissement (même si certains transports ne sont pas toujours remboursés), liberté de choix de son médecin (même si le médecin traitant a créé un passage obligatoire avant l'accès à certains spécialistes), liberté de choix de sa thérapeutique depuis les différentes réglementations sur le plan cancer qui nécessitent une information bilatérale et partagée et un traitement en accord avec celui du malade. Le patient ne connaît pas certaines contraintes imposées au médecin et voulues par le financeur. Ces contraintes doivent notamment lui être expliquées, car elles peuvent modifier la prise en charge. Le choix d'une activité souvent ambulatoire, voire d'une activité en hospitalisation à domicile peut être dicté par certaines contingences administratives. La médiatisation de certaines prises en charge aboutit souvent à une volonté de soins hors établissements de santé.

Quel est le meilleur patient dans la logique de la T2A ?

Celui qui est dans un GHS rémunérateur

Cela signifie qu'il aura été bien codé par le médecin et que celui-ci connaîtra bien toutes les règles de codage. L'existence de comorbidités permet, dans certains GHM, de doubler pratiquement les euros comme « tumeurs de l'appareil respiratoire » qui, sans comorbidité associée, amène à un tarif de 3 840,40 € et, avec comorbidité associée, à un tarif de

6 267,49 €. Ceci signifie pour le médecin des délais de production courts, une exhaustivité complète du codage, une qualité de ce codage. La connaissance de ces tarifs [11] n'est pas suffisante, il faut également connaître les coûts comme nous l'avons souligné, en sachant que plus de trois quarts des dépenses sont en relation avec les charges en personnels médicaux et non médicaux. Les dépenses ventilées au patient (biologie, radiologie, traitement et molécules onéreuses) peuvent être comparées par rapport à des référentiels [7]. On peut savoir si elles sont plus ou moins élevées que des centres hospitaliers identiques. Dans tous les cas, ces analyses ne servent qu'à visualiser des écarts et ne peuvent les expliquer.

Le meilleur patient est celui qui a la durée de séjour la plus adaptée, c'est-à-dire qu'elle ne doit être ni trop courte, ni trop longue

On note une certaine incohérence du système puisque, depuis de nombreuses années, on incitait les médecins à soigner les patients relativement vite. Certains GHS peuvent disposer de bornes supérieures et inférieures [10]. Si le séjour du patient est trop court, il ne sera alors valorisé qu'à la moitié de son tarif. S'il dépasse une borne supérieure, l'hôpital reçoit un tarif journalier qui est en général inférieur à celui qu'il pourrait avoir si le patient restait moins longtemps. Il y a ainsi une pression sur le corps médical pour garder les malades suffisamment longtemps pour être au-dessus de la borne inférieure, mais pas trop longtemps pour bénéficier pleinement du tarif sans perte d'argent. On aboutit alors à une certaine opposition entre le point de vue du patient et le point de vue du médecin.

Dans le cadre de la T2A et des GHS, les médicaments sont payés en supplément [9], car il s'agit le plus souvent de molécules onéreuses. Cependant, tous les médicaments ne sont pas sur la liste et si l'on prend l'exemple récent des biphosphonates, leur intégration au sein des GHS empêche le libre choix par le médecin du produit, car certains produits, trop coûteux, ne pourraient plus être financés.

Il existe également une opposition entre le point de vue du médecin et le point de vue du financeur. Dans le cadre de ces séjours, la catégorie majeure n° 24 englobe les séjours de deux jours-une nuit, mais les tarifs sont plus proches de l'hospitalisation de jour, ce qui signifie que les bilans doivent être plutôt réalisés sur une durée inférieure à 24 heures. La situation s'est compliquée récemment par l'existence d'une circulaire, la circulaire frontière, qui régit l'hôpital de jour. Il n'est plus possible maintenant de prendre des patients en hôpital de jour lorsqu'ils ne répondent pas à un certain nombre de critères comme [14] :

- l'admission dans une structure reconnue ;
- l'utilisation de plusieurs plateaux techniques ;
- l'utilisation d'un lit d'hôpital de jour par une durée suffisante avec une synthèse médicale.

Il n'est plus possible, pour certains malades habitant loin, de leur assurer le confort d'une prise en charge répartie sur la journée, s'ils ne viennent pas pour un nombre d'exams suffisants. Le bilan d'extension d'un cancer bronchique fait partie des cas de figure où ces hôpitaux de jour sont encore justifiés [14], mais la venue d'un patient pour une simple fibroscopie doit maintenant être prise en charge en soins externes, puisque depuis l'année 2007, en plus du tarif, l'hôpital reçoit un forfait technique pour la réalisation de cet acte [10]. Tous ces textes parus récemment font l'objet de contrôles par les Caisses d'Assurance Maladie et lorsque les médecins ne respectent pas ces règles, l'hôpital fait l'objet d'un redressement avec, dans un premier temps, paiement du surplus constaté sur les dossiers et dans l'avenir une amende plus importante sous la responsabilité de l'Agence régionale d'hospitalisation.

On aboutit à un antagonisme entre le patient qui souhaite être pris en charge dans de bonnes conditions, d'autant plus qu'il habite loin de sa structure hospitalière, le médecin qui souhaite disposer des structures les plus souples pour ces prises en charge et le financeur qui réalise maintenant des contrôles avec sanction et reversement d'indu [15]. L'hospitalisation à domicile, qui doit être développée dans le cadre des différents plans gouvernementaux, est une bonne alternative, puisque les tarifs sont incitatifs. Elle ne peut s'appliquer à tout le monde, car elle dépend de la distance entre le lieu d'habitation et l'hôpital, de la structure familiale et de la volonté du non du patient d'être traité à son domicile.

Bien valoriser le séjour du patient en oncologie, c'est aussi lui faire prendre en charge en soins palliatifs dans les meilleurs tarifs. Trois tarifs existent : selon l'existence de lits reconnus dans une unité de soins palliatifs, de lits dédiés dans un service ou l'absence de lits reconnus. Les tarifs s'échelonnent de 6 500 € à 9 200 € [11].

Le meilleur patient est celui qui sort lorsque sa durée de séjour est inférieure à celle générant des pertes pour l'établissement

Il est possible de regarder pathologie par pathologie, quelle est la durée de séjour à partir de laquelle un établissement va perdre de l'argent en relation probablement avec ses dépenses à la journée. Le GHS chimiothérapie > 48 h au CHU de Limoges est analysé sur la *figure 2*. On peut calculer par exemple, qu'au 8^e jour, si le malade n'est pas ressorti, l'établissement commencera à perdre de l'argent, car les frais de structure et de logistique vont devenir trop importants par rapport aux tarifs donnés par le Ministère. Il s'agit d'une notion surprenante pour le médecin qui se base sur des données objectives pour garder un patient, et ne souhaite pas prendre en compte ce type de réflexion [16]. C'est une des conséquences les plus difficiles et les plus néfastes des réformes entreprises [17].

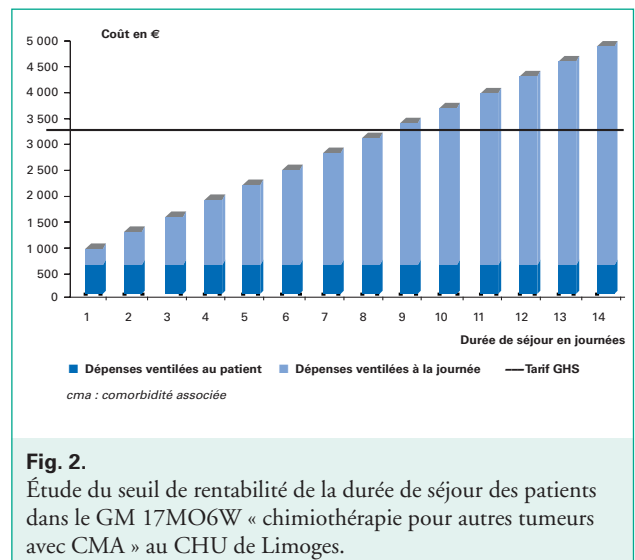


Fig. 2.

Étude du seuil de rentabilité de la durée de séjour des patients dans le GM 17MO6W « chimiothérapie pour autres tumeurs avec CMA » au CHU de Limoges.

Le meilleur patient est celui qui laisse sa place lorsque le gestionnaire l'a décidé

Il est clair que ceci ne doit pas être le mode de fonctionnement d'un établissement de santé. Il faut mettre en place un certain nombre de contreponds à ce type d'indicateurs dont on sait qu'ils ont induit une mauvaise qualité de soins dans certains pays comme les États-Unis. L'exemple du taux de réadmission non prévu à moins d'un mois pour la même pathologie témoigne d'une mauvaise évaluation à la sortie, souvent favorisée par une sortie hâtive mal préparée.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), le développement d'analyse du chemin clinique de prise en charge doivent permettre de visualiser la manière dont une pathologie est traitée dans un établissement et est un contreponds majeur à une logique strictement financière. Elle se doit d'être développée dans l'avenir, du fait des obligations de formation médicale continue, où l'EPP a une place prépondérante.

Conclusion

Au terme de cet exposé, il est clair que des efforts restent à faire pour mettre en phase le corps médical avec la logique du financeur. Cependant, les dépenses de santé ne sont pas extensibles et ne peuvent pas être soumises à une dérive trop importante.

Le médecin n'est pas un gestionnaire et n'a pas à calquer sa pratique sur des notions strictement économiques. Il doit en être simplement informé. La prise en charge de qualité d'un patient reste son objectif de fonctionnement central. Celle-ci doit être réalisée dans les meilleures conditions éthiques avec l'aide éventuelle de gestionnaires pour corriger certains problèmes d'organisation qui, en eux-mêmes, peuvent générer des surcoûts importants.

L'avenir de la T2A semble tout tracé, même s'il n'est pas certain qu'elle puisse s'appliquer à 100 % de l'activité médicale.

Références

- 1 Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, mission tarification à l'activité, tarification – mt2a@sante.gouv.fr
- 2 Pomey MP, Poullier JP, Lejeune B : Santé Publique, *Ellipses ed* 2000 ; vol 1 : p. 686.
- 3 IRDES, EcoSanté. <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=FRAN&langh=FRA&clangs=FRA&csessionid=>
- 4 Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille : décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la Sécurité sociale. *Journal Officiel* n° 84 du 10 avril 2005.
- 5 Vergnenègre A : Classification Commune des Actes Médicaux : l'appareil respiratoire. *Info Respiration* 2003 ; 54 : 13 p.
- 6 Vergnenègre A : CCAM et PMSI 2005. *Info Respiration* 2005 ; 69 : 39 p.
- 7 Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Pôle valorisation et référentiels de coûts. Échelle Nationale de Coûts 2004. Mai 2004. <http://www.atih.sante.fr>
- 8 Ministère de la Santé et des Solidarités : décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé. *Journal Officiel* n° 279 du 1^{er} décembre 2005.
- 9 Ministère de la Santé et de la Solidarité : Arrêté du 27 février 2007 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement. *Journal Officiel* n° 50 du 28 février 2007.
- 10 Ministère de la Santé et de la Solidarité : Arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la Sécurité sociale. *Journal Officiel* n° 50 du 28 février 2007.
- 11 Ministère de la Santé et de la Solidarité : Arrêté du 27 février 2007 fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la Sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. *Journal Officiel* n° 54 du 4 mars 2007.
- 12 Ministère de la Santé et de la Solidarité : Arrêté du 27 février 2007 fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. *Journal Officiel* n° 54 du 4 mars 2007.
- 13 Vergnenègre A, Debrosse D, Alexandre J : La tarification à l'activité (T2A) : quelles applications en oncologie ? Réflexions en Médecine Oncologique. *JBH Santé Ed.* 01-2005, 11 p.
- 14 Ministère de la Santé et des Solidarités : Circulaire DHOS-F1/M72A/2006 n° 376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée. *Bulletin Officiel* n° 9 du 15 octobre 2006.
- 15 Ministère de la Santé et des Solidarités : Décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 pris pour l'application de l'article L. 162-22-18 du code de la Sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). *Journal Officiel* n° 65 du 17 mars 2006.
- 16 Claveranne JP, Pascal C : T2A et gestion hospitalière : la physiologie du changement. *Gestions Hospitalières* 2005 ; 449 : 609-13.
- 17 Bernard L, Couray-Tage S, Moisdon JC : La réforme de la T2A dans le secteur public : seuils de rentabilité/seuils d'équilibre par comparaison des recettes et coûts marginaux. *Gestions Hospitalières* 2005 ; 448 : 523-8.