

## Compte-rendu de la réunion du GT HSR « Hôpital » - 06/10/2016

*Les comptes-rendus des différentes réunions sont désormais disponibles [sur le site de l'IReSP](#)*

Présents : François Alla (IReSP/ITMO), Daniel Benamouzig (IReSP/ITMO), Yann Bourgueil (IRDES), Frédéric Bousquet (Cnamts), Laurent Boyer (Maladies chroniques et santé publique), Alexandre Cobigo (IReSP/ITMO), Hélène Coulonjou (DGOS), Antoine Duclos (HESPER), Alain Fontaine (DGS), Yannick Le Guen (ARS Île-de-France), Carine Milcent (PSE), Etienne Minvielle (EHESP), Setti Raïs (Hospinnomics), Marine Spaak (IReSP/ITMO), Ayden Tajahmaday (Cnamts)

Cette séance a principalement porté sur la thématique de l'hôpital dans la recherche en services de santé avec l'objectif de faire émerger les enjeux et questions de recherche prioritaires sur le sujet au travers d'un dialogue entre chercheurs et acteurs institutionnels. La thématique de l'hôpital a tout d'abord été abordée au travers de trois interventions représentant ces deux types d'acteurs. La première a été réalisée par Yannick Le Guen, directeur de la stratégie de l'ARS Île-de-France, qui s'est intéressé au point de vue du régulateur et à l'expression de ses besoins en matière de recherche. La seconde par Etienne Minvielle, titulaire de la chaire de Management à l'EHESP et directeur de l'équipe d'accueil MOS (Management des organisations de santé), qui nous a présenté la recherche sur l'hôpital vue sous le prisme des sciences de gestion. Finalement, Carine Milcent, économiste de la santé à PSE (Ecole d'économie de Paris) est revenue sur les résultats des travaux de recherche existants en abordant le thème de l'hôpital en France à travers son financement, sa gouvernance et son lien avec le territoire.

Une discussion avec les participants a suivi.

### **1) Intervention de Yannick Le Guen**

Yannick Le Guen (YLG) a débuté sa présentation en proposant de revenir sur l'évolution du domaine des services de santé sur les quinze dernières années et plus précisément sur la manière dont le régulateur a perçu l'émergence des travaux portant sur l'hôpital. Il a rappelé que des programmes importants avaient été menés et que certains d'entre eux avaient eu pour conséquence une véritable appropriation des résultats de la recherche dans les outils d'aide à la décision et l'intégration de ces résultats par l'ensemble des acteurs institutionnels – ce qui reste un phénomène relativement rare. Cependant, la création de valeur issue de ces outils d'aide à la décision demeure minime à l'échelle locale et une question majeure (relevant des sciences humaines et sociales) serait de comprendre pourquoi ces outils, une fois intégrés dans la logique institutionnelle, ne sont pas véritablement utilisés par les acteurs sur le terrain. Bien que les études répondant à des demandes précises et ponctuelles se multiplient, YLG constate une réelle difficulté à intégrer les résultats de recherche au moment de l'élaboration de politiques publiques régionales ou nationales.

Cette difficulté peut s'expliquer par une inadéquation des milieux institutionnel et académique avec une responsabilité partagée : d'un côté, les décideurs n'expriment pas systématiquement leurs besoins de façon claire à l'intention des chercheurs et ont plutôt tendance à vouloir impulser de nouvelles politiques, indépendamment des résultats de la recherche ; de l'autre côté, les chercheurs n'ont pas forcément le réflexe de s'adresser aux décideurs et leurs travaux leur sont difficilement accessibles – d'autant qu'ils ne parlent pas toujours le même langage. Un effort de coordination et d'orientation est nécessaire, mais la forme que pourrait prendre cet échange n'est pas claire, ni l'identification des acteurs les mieux placés pour l'assumer. La question de l'interface avec le milieu industriel se pose également.

YLG a ensuite abordé les approches thématiques autour de ce thème de l'hôpital, en insistant sur l'importance d'opter pour des programmes de recherche intégrés, s'inscrivant dans un cadre multidisciplinaire et dans le cadre de la santé au sens le plus large. Cela implique de se défaire d'une logique sectorielle qui était jusque-là bien présente et d'aller vers des thématiques transversales, en faisant plus de place à l'analyse offerte par les sciences humaines et sociales. Dans la perspective de chercher à orienter les comportements de certains acteurs, YLG insiste sur le fait qu'il est essentiel de comprendre pourquoi les acteurs refusent d'adopter tel ou tel comportement. Il est donc nécessaire de travailler avec des sociologues, y compris au sein des instances de décision.

Le thème de la territorialisation a été évoqué comme étant un enjeu majeur des cinq années à venir, en lien avec les inégalités sociales de santé et avec l'idée de proposer des politiques publiques adaptées à chaque territoire. Le thème de l'évaluation a aussi été mentionné.

En conclusion, les ARS ont pour volonté de passer d'une démarche de coordination à une démarche d'intégration : c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas seulement de rassembler a posteriori des résultats de recherche dans différents domaines, dans différentes disciplines et à différentes échelles ; il s'agit de penser les projets dès le départ dans cette logique d'intégration et de les construire autour de cet objectif.

## **2) Intervention d'Etienne Minvielle**

Etienne Minvielle (EM) a orienté sa présentation sur le thème de l'hôpital traité sous l'angle de la recherche en gestion. Les sciences de gestion forment une discipline relativement jeune et assez méconnue en France. Cette discipline est proche de l'économie dans le sens où elle se place dans une logique d'optimisation des ressources et réfléchit à la coordination entre les acteurs, à l'organisation du travail, aux usages et aux pratiques, et enfin aux outils disponibles pour gérer et évaluer les services de santé.

Au niveau international, les sciences de gestion en santé constituent la « Health Services and Management Research », une recherche très proche des acteurs socio-économiques avec une visée opérationnelle forte. Cela peut se traduire de plusieurs manières : par une observation du système et une analyse critique de ses transformations, par une « recherche-intervention » impliquant l'intervention des chercheurs dans un changement organisationnel à un ou plusieurs niveaux du

système de santé, ou encore par une recherche évaluative. EM souligne que ce type de recherche est en émergence récente en France, contrairement à ce qui se passe dans les pays anglo-saxons (Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni) où l'on trouve une masse critique de chercheurs beaucoup plus importante.

L'EA MOS a une dominante « sciences de gestion », mais avec une démarche pluridisciplinaire intégrant des sociologues et des économistes et s'ouvrant également vers la géographie. EM a ensuite détaillé l'activité de son équipe structurée autour de deux axes : un axe portant sur la performance hospitalière, et un autre portant sur la performance des parcours de santé. Il a abordé des travaux portant sur l'élaboration d'outils pour gérer et évaluer le système de santé, tels que les indicateurs de qualité : il a alors insisté sur la nécessité de concilier les recherches ayant pour objectif la conception et la création de l'outil, et les recherches portant sur les usages de ces outils par les acteurs concernés.

EM a précisé que l'équipe MOS publiait dans des revues médicales et dans des revues de gestion, ce qui est un exercice intéressant et prouve que les chercheurs sont capables de s'adapter à des supports différents. La valorisation des travaux passe par la publication dans des revues nationales et internationales, mais aussi par la participation à des événements ou des colloques, et par des retombées opérationnelles (par exemple, l'aide à la généralisation du mode de paiement à la qualité, IFAQ).

Enfin, deux exemples de projets de recherche ont été développés : le premier portant sur l'indicateur COMPAQH et retraçant les différentes étapes depuis sa conception jusqu'à son utilisation ; et le deuxième portant sur l'implantation et l'évaluation d'un parcours coordonné en oncologie.

En conclusion, la visée opérationnelle des travaux a été rappelée comme étant une composante essentielle de la recherche dans le domaine des HSR, et particulièrement pour ce qui concerne les sciences de gestion. Les travaux dans cette discipline cherchent à associer un questionnement théorique et conceptuel à une méthodologie rigoureuse, ces deux aspects devenant de plus en plus difficilement dissociables. Il a également été rappelé que la production de connaissances autour du thème de l'hôpital (et plus généralement en HSR) n'était pas forcément répertoriée que dans des revues médicales et qu'il serait judicieux de recenser les grandes revues par champ disciplinaire. Enfin, EM a abordé la question de la labélisation des équipes de recherche en suggérant qu'il pourrait être intéressant de développer des labels intermédiaires de type « équipe d'avenir » afin d'obtenir une première forme de reconnaissance sans avoir à franchir le processus standard et lourd de la labélisation classique.

### 3) Intervention de Carine Milcent

Carine Milcent (CM) a choisi de parler de la thématique de l'hôpital au travers des travaux de recherche existants, afin d'en dégager les principaux enjeux pour les années à venir. La présentation a laissé place à de nombreux échanges autour du financement de l'hôpital, de sa gouvernance et de son lien avec le territoire.

CM est d'abord revenue sur la question du financement de l'hôpital en rappelant que l'intérêt porté sur la tarification à l'activité (T2A) s'était inscrit historiquement dans une démarche d'augmentation de l'efficacité des soins. CM a précisé que différents types de tarification étaient envisageables, décrivant un spectre allant de la tarification à l'acte, incitant les acteurs à multiplier le nombre d'actes (permettant une qualité optimale mais sans contrôle des coûts) ; jusqu'à l'attribution d'un budget fixe pour une population donnée, quel que soit le nombre de fois où les personnes reviennent (permettant un contrôle des coûts mais entraînant une diminution de la qualité). CM a précisé que ce mouvement de tarification ne concerne pas seulement la France, mais qu'il a aussi touché notamment les pays de l'OCDE incluant les pays européens.

La présentation s'est ensuite axée autour des travaux de recherche dressant un bilan de cette T2A pour ce qui concerne les hôpitaux en France, dont les résultats sont assez contrastés :

- Choné et al. (2014) – Augmentation de l'attractivité des hôpitaux publics par rapport aux établissements privés pour la chirurgie.
- Yilmaz et Vuaganat (2015) – Pas de changements significatifs dans la qualité des soins (mesurée par les taux de réadmission)
- Milcent (2016) – Existence d'une hétérogénéité des coûts hospitaliers à l'intérieur d'un même GHM (groupe homogène de malades)
- Gobillon et Milcent (2016) – Effets de la mise en concurrence sur la qualité montrés (significativement) pour les établissements ESPIC (Etablissements de santé privés d'intérêt collectif) uniquement.

CM a fait remarquer qu'il était important de préciser le rôle de la T2A et que cette tarification, si elle pouvait être un outil intéressant dans une optique de maîtrise des coûts, n'était pas forcément l'instrument le plus adapté dans une stratégie d'amélioration de la performance des soins à l'hôpital ou de la trajectoire des patients.

La partie suivante de la présentation a traité du mode de financement de l'hôpital, des objectifs et des réformes à venir, en abordant la réforme de 2016 et les modes de financement des hôpitaux locaux de proximité. A ce sujet, CM a posé la question de la DOP (Dotation organisationnelle et populationnelle) et des seuils que cette dotation fixe en matière d'activité, de densité et de niveau d'offre de médecine ambulatoire. En effet, la DOP constituant une majoration du financement des hôpitaux sensée prendre en compte les caractéristiques du territoire et des engagements de coopérations pris, on peut se demander si ces seuils sont adaptés (notamment pour caractériser des populations en difficulté sur plusieurs plans : situation précaire, vieillissement, etc.), mais aussi comment sont mesurés les besoins et comment seront effectuées les réévaluations dans le temps.

Aujourd'hui, les inégalités de pratique de codage des établissements recueillies dans le PMSI donnent une image imparfaite des populations précaires et de leurs caractéristiques.

Après être revenue sur les limites de la T2A avec l'exemple des Etats-Unis, CM a présenté le financement des MIGAC (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), comme des poches financières permettant de se soustraire partiellement aux contraintes liées aux mécanismes « prix-volume » de la T2A. Elle a enchaîné en posant la question de la mesure de ce financement MIGAC (accès aux bases de données, corrélation entre établissements publics et missions d'intérêt général). Puis elle a fait le lien entre la thématique des urgences et celles de l'accès aux soins et des inégalités territoriales de santé.

Une zone aveugle en lien avec toutes ces problématiques semble être au sujet des soignants et de l'organisation des soins : qu'est-ce que la T2A a changé en matière d'organisation des processus de soins ? Il existe assez peu de travaux sur ce sujet, à l'exception de ceux de Jean-Claude Moisdon, ainsi que Clark et Milcent (2011 et 2015), et ce domaine de recherche mériterait d'être davantage exploré.

Enfin, CM a recensé plusieurs travaux portant sur la gouvernance de l'hôpital : le rapport Véran de 2013, le rapport de la Cour des Comptes de 2014, les travaux de Bloom et al. de 2011 et les travaux de Clark et Milcent de 2011 et 2015 mettant en évidence une corrélation persistante entre le chômage local et le niveau d'emplois hospitaliers.

La présentation s'est terminée en évoquant le lien de l'hôpital avec la recherche. CM a notamment conclu en mentionnant les recommandations de la Cour des Comptes (2016) allant dans le sens d'une facilitation de l'accès aux données (via le SNDS – Système national de données de santé – créé fin 2015) pour leur utilisation dans le cadre de travaux de recherche, d'évaluation ou même de suivi de fraudes.

#### **4) Echanges**

La séance du 6 octobre a été particulièrement riche en échanges sur de nombreux points, dont les points suivants :

##### **Points en lien avec les missions des ARS, l'organisation de la recherche en région et l'interface chercheurs-décideurs**

- L'organisation de la recherche en santé publique et plus particulièrement de la HSR en région – quels outils développe-t-on ? Comment faciliter le développement d'une recherche plus opérationnelle, pluridisciplinaire et en lien avec la décision ? Comment faire coïncider les thématiques et l'agenda des chercheurs et des institutionnels ? Le projet de la mise en place de CERESP a été évoqué comme pouvant aller dans ce sens.
- La question centrale du « lieu d'intersection » où pourraient se croiser les milieux institutionnel et académique est loin d'être triviale. Il a été souligné que, pour que cette

intersection ait lieu, il est nécessaire de raisonner autour d'agendas de recherche partagés, en travaillant sur des thématiques plus larges et relativement pérennes.

- YLG a précisé que le rôle premier des ARS n'était pas de produire de la connaissance et que les ARS avaient besoin des chercheurs. Le premier pas serait déjà de détourner les questions qui se posent, mais les études ne seront pas menées au sein des ARS qui n'en ont pas les compétences et dont le rôle est autre. En revanche, les ARS ont un rôle pour faciliter l'accès aux données et la diffusion des résultats, ainsi qu'un rôle d'animation territoriale.
- YLG a insisté sur le fait que des échanges réguliers étaient nécessaires entre les institutions et les chercheurs. Il est donc important dans un premier temps d'identifier, sur chaque thématique d'intérêt pour une institution, quelles personnes ou quelles équipes sont mobilisées ; mais il est aussi essentiel de construire des relations durables et de faire un travail d'animation, pour conserver ce lien. Dans cette optique, il est question que l'ARS Île-de-France désigne un correspondant « Innovation et Recherche ».
- Il a été soulevé qu'il serait très utile d'avoir des sortes de consortiums d'équipes (regroupant différentes équipes dans différentes disciplines) qui auraient vocation à exister dans le temps, qui entretiendraient des liens suivis, partageraient des objectifs communs et qui pourraient être ponctuellement sollicités sur un projet donné. Cela dit cette idée a été évoquée brièvement et la question de la mise en place de ces consortiums et de leur coordination reste à creuser.
- La présentation de YLG a aussi soulevé un enjeu au niveau de la territorialisation (thème qui croise celui des inégalités territoriales de santé) : des populations réparties sur différents territoires n'adopteront pas le même comportement en réaction au développement d'une même réforme. Comment prendre en compte ces écarts ? A quelle échelle raisonner ?

### **Réactions diverses suite à la présentation d'Etienne Minvielle**

- Le problème de l'hospitalo-centrisme a été abordé, il a été noté que les directeurs d'hôpitaux ont conscience que l'hôpital doit sortir de ses murs et que beaucoup d'entre eux sont dans ce souci du parcours, mais n'ont pas nécessairement les marges de manœuvre pour agir. Cela dit ce n'est pas forcément le cas de tous les acteurs de l'hôpital, certains praticiens étant soucieux de l'acte réalisé sans toujours avoir une bonne connaissance de la trajectoire que suivra le patient après la réalisation de cet acte.
- Il a été précisé que les médecins de ville ne connaissent pas, pour la plupart, les indicateurs de qualité hospitalière, même s'ils le souhaiteraient. Ils sont soucieux d'avoir des indicateurs en particulier pour les actes qui les concernent plus ou moins directement (exemple des escarres).
- EM a évoqué la notion de « teaming » qui vise à concevoir un travail d'équipe mais avec de nouvelles formes d'organisation, avec des personnes réparties sur plusieurs sites, des interactions qui ne se font plus dans le cadre d'une équipe stable et monosite. La notion de « teaming » suppose que les personnes mettent en place une représentation partagée d'un

sujet (« framing »), qu'elles travaillent en réunion, qu'elles échangent régulièrement entre elles et apprennent à comprendre les contraintes de travail réciproque des autres acteurs.

- On a pu entrevoir avec l'exemple des indicateurs la difficulté de définir une frontière franche entre la recherche et l'expertise. En effet, le travail consistant à se demander comment créer l'indicateur, puis à le mettre en place et à étudier son utilisation par les acteurs concernés, peut tout à fait rentrer dans le périmètre de la recherche en services de santé. En revanche, une fois qu'un indicateur a été mis en place, sa déclinaison ou sa transposition au sein d'un autre organisme ou dans une nouvelle équipe relèverait plutôt de l'expertise.

### **Points en lien avec la thématique de l'évaluation**

- A propos des nouveaux modes de paiement, EM a mentionné un consensus général tous pays confondus tendant à montrer une faiblesse des résultats par rapport à l'intensité des initiatives. Cela pousse à se demander si la méthode d'évaluation est la bonne, si on effectue l'évaluation au bon moment, ou encore si les nouveaux modes de paiement ne seraient pas en quelque sorte « victimes de l'effort d'évaluation »? En d'autres termes, puisque l'exigence en matière d'évaluation a augmenté, cela permet de porter un regard plus critique sur les initiatives qui se développent à l'heure actuelle, par rapport à celles qui se développaient il y a quelques années.
- Plusieurs membres du groupe de travail ont souligné que l'évaluation n'avait pas toujours en pratique le but qu'on pourrait lui prêter intuitivement. On peut penser que l'on réalise une évaluation d'un programme afin de valider ou non sa généralisation par exemple, mais bien souvent la décision de savoir si l'on va généraliser ou non le programme est déjà arrêtée avant d'obtenir les résultats de l'évaluation. Cela ne veut pas dire que l'évaluation est inutile, elle va permettre au décideur d'appuyer son opinion sur tel projet ou telle réforme. Dans le cadre d'un projet qui continuerait après avoir reçu une évaluation négative, cela peut notamment pousser le décideur à avoir un discours plus nuancé et moins injonctif.

## Enjeux dégagés au cours de la séance

- L'hôpital semble bien se prêter à des questions relevant des sciences de gestion (ressources humaines, marché du travail, conditions de travail, etc.). EM souligne que la question des ressources humaines semble représenter un sujet important, notamment : comment le travail d'équipe se développe (« teaming ») ? Comment a-t-il été modifié par les réformes ?
- Il semblerait que l'on manque de travaux portant sur le coût économique réel global de l'hôpital, sans passer par une approximation des coûts à partir des tarifs. Le rapport tarif/coût pourrait en particulier être une approche très utile pour décrire les usages de la T2A et comprendre pourquoi le modèle originel n'a pas fonctionné comme cela était souhaité. De façon plus générale, le thème des dépenses publiques et de l'équilibre économique de la société est un enjeu.
- En lien avec l'hôpital, la question de la médecine spécialisée de second recours est elle aussi susceptible de se développer dans les années à venir et il serait utile d'avoir de la documentation sur ce thème, d'avoir plus de visibilité sur la façon dont vont évoluer les modèles : quelles régulations vont être mises en place ? Comment vont évoluer les métiers ? Quelle sera la place de l'hôpital demain ? – *cela peut être vu comme un travail de recherche, ou peut-être comme un travail de réflexion au sein d'un think-tank.*
- Il serait aussi intéressant de développer les comparaisons à l'internationale, en particulier par rapport aux coûts liés à l'hôpital. Cela peut être en lien avec le besoin exprimé d'une réflexion économique sur l'hôpital qui s'affranchisse d'une approche par les instruments, par les outils de tarification.
- Le désir de développer une vision plus intégrée des services de santé est revenu à plusieurs reprises. Cela pourrait même aller jusqu'à l'intégration de la prévention : pas seulement de la prévention au sens « acte individuel » (dépistage, par exemple), mais aussi la prévention collective.
- Il serait intéressant d'évaluer ce processus d'intégration, de voir s'il produit des effets favorables.
- La question des mécanismes de financement a été abordée, en particulier avec l'idée de mettre en évidence les mécanismes réels et effectifs de financement, en partant du constat que lorsque l'on met en place tel mécanisme, les effets produits sont rarement ceux qui étaient attendus : alors comment comprendre ces décalages entre les effets souhaités et les effets obtenus lors du développement d'un mécanisme de financement ? Et quels sont les impacts que ces mécanismes ont sur les personnes qui travaillent dans le système ? Cette remarque a été faite en lien avec l'exemple des MIGAC, créées pour financer un certain type d'activité, mais utilisées différemment dans les faits.
- De la même façon, les participants souhaiteraient disposer d'études plutôt qualitatives permettant de comprendre comment les réformes se développent, comment elles se transmettent, quels facteurs font qu'elles vont être acceptées ou non par les usagers...

- Une clarification des interactions souhaitées entre le milieu académique et le milieu institutionnel est nécessaire : quelle autonomie des chercheurs face aux demandes des politiques ? En particulier, comment gérer le cas où les décideurs lancent un appel à projet dans le but d'avoir un impact précis et obtiennent en fin de compte un impact d'une nature différente ? Comment construire les appels à projets de manière moins unilatérale, en particulier sur l'hôpital ?
- La nécessité d'apporter un soutien particulier aux disciplines relevant des sciences humaines et sociales a été rappelée plusieurs fois. Ces disciplines sont particulièrement pertinentes pour répondre aux questions que pose les HSR, encourager cette variété des formes de recherche est un des enjeux qui valent pour le thème de l'hôpital, mais aussi pour les autres thèmes.
- Les groupements d'achats ont été mentionnés deux fois comme pouvant être un sujet intéressant.
- Un participant a fait remarquer que l'on parle souvent de l'hôpital public, voire des CHU, mais qu'il serait bon de préciser de quoi l'on parle et de sérier les thèmes. Le terme « hôpital » peut aussi être interprété de différentes façons par les acteurs, certains participants lui préfèrent l'expression « établissement de santé ».

## 5) Divers

### ***Fin des séances thématiques du Groupe de Travail***

Séance Bilan à prévoir en décembre, réunissant les membres présents depuis les premières séances du GT, afin de faire le point sur les apports des différents séminaires et sur ce que pourrait devenir le GT par la suite.

### ***Forum***

Un Forum sur la HSR va être organisé par l'IRESP et l'ITMO santé publique en 2017. L'objectif de ce Forum est de créer un espace d'échange entre acteurs d'horizons divers (chercheurs de disciplines et équipes différentes, acteurs institutionnels,...) pour structurer une communauté de recherche en services de santé et faire émerger des projets pluridisciplinaires susceptibles de répondre à des questions que se posent les opérateurs de santé publique et décideurs.

L'organisation du forum est prise en charge par un comité de pilotage qui s'est réuni pour la première fois en septembre.

### ***Etat des lieux***

L'état des lieux des connaissances produites autour de la recherche en services de santé en France est terminé et la rédaction du rapport est en cours. Le rapport devrait être achevé d'ici la fin de l'année 2016 et disponible début 2017. Des notes de synthèse (en français et en anglais) sont également prévues, ainsi qu'une restitution orale dont les modalités restent à définir.