

Recherche sur les services de santé

Eléments de diagnostic du domaine en France entre 2010 et 2015

Mai 2017

Auteure : Marine Spaak

Encadrement et supervision scientifique :

Marion Cipriano, Daniel Benamouzig, François Alla



Remerciements

Merci à Marion Cipriano pour sa disponibilité, ses conseils avisés et sa bienveillance qui ont fait de cette étude une expérience intéressante sur le plan professionnel et enrichissante sur le plan personnel.

Merci à Daniel Benamouzig et François Alla pour leur encadrement scientifique de qualité tout au long de ce travail.

Je remercie également tous les membres du groupe de travail « Recherche sur les Services de Santé » et toutes les personnes ayant donné de leur temps et de leur intelligence pour aider à la préparation de cette étude et à la définition de son périmètre, ainsi que toutes celles qui ont accepté de répondre à mes questions au moment des entretiens.

Enfin, merci à Elisabeth Adjadj, Nicole Haeffner-Cavaillon et Céline Peltier, membres de la cellule bibliométrie de l'Inserm, qui ont participé à la fois à la construction de la requête bibliométrique et à l'analyse de ses résultats.

Executive Summary

Un état des lieux de la recherche en services de santé en France a été réalisé sur la période 2010-2015. Une analyse bibliométrique a été complétée par une série d'entretiens avec des chercheurs et des acteurs institutionnels travaillant dans ce domaine. Ces deux phases complémentaires ont permis d'identifier les principaux producteurs de connaissances et les grandes thématiques d'intérêt. La recherche en services de santé étant étroitement liée avec la décision en matière de santé, l'étude aborde aussi l'interface entre le monde académique et les acteurs institutionnels afin d'éclairer les liens entre la production de connaissances et leur usage dans la prise de décision. La définition de la recherche sur les services de santé retenue pour cet état des lieux est celle de l'agence américaine pour la recherche sur les soins et la qualité (Agency for Healthcare Research and Quality, 2002) :

« La recherche sur les services de santé étudie l'accès aux services de santé, leurs coûts et leurs impacts sur les patients. Les principaux objectifs de la recherche sur les services de santé sont l'identification de meilleures stratégies pour organiser, gérer, financer et fournir une prise en charge de haute qualité, la réduction des événements indésirables et l'amélioration de la sécurité des patients. »

Méthodologie

La phase bibliométrique de l'étude a été réalisée avec le concours de la cellule bibliométrique de l'Inserm. Une requête a été élaborée pour capter les articles relevant de la recherche en services de santé à partir du Web of Science. Une analyse globale des publications recensées par la requête, portant sur la période 2004-2015, a permis d'observer l'évolution des publications en France et dans les pays publiant le plus. Une analyse plus fine entre 2010 et 2015 a permis d'identifier :

- Les principaux producteurs de connaissances
- Les réseaux d'auteurs (logiciel RéseauLu)
- Les thématiques de recherche (logiciel VOSViewer)

Dans une phase complémentaire, des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de 20 chercheurs et chercheuses et de 12 acteurs institutionnels.

La littérature grise a été collectée à partir des sites internet des principales institutions impliquées dans la recherche sur les services de santé.

Une production de savoir hétérogène et en développement

Il est difficile de dater avec précision l'émergence de la recherche sur les services de santé en France, ce domaine semblant exister depuis longtemps sans être identifié comme tel. On constate cependant que ce champ gagne du terrain ces dernières années, avec une augmentation des publications françaises allant de 200 publications en 2004 à plus de 650 en 2015. L'évolution est similaire dans d'autres pays, avec une production nettement plus importante et en plus forte croissance pour les Etats-Unis, le Royaume-Uni, le Canada et l'Australie. L'Allemagne et les Pays-Bas se maintiennent en bonne place par rapport aux autres pays européens et la France oscille entre la 8^{ème} et la 12^{ème} place mondiale entre 2004

et 2015. Pour autant, l'usage de l'expression « recherche en services de santé » reste limité en France. Les chercheurs de différentes disciplines travaillant sur ces questions l'utilisent rarement comme mot-clé ou signe d'appartenance. Cela rend difficile la structuration d'une communauté de recherche dans ce champ et ne facilite pas le recensement des connaissances produites dans ce domaine.

L'étude bibliométrique a plutôt révélé les articles valorisés dans des revues internationales. Pour autant, la production de connaissances ne se résume pas à la seule recherche académique. Les recherches sur les services de santé intéressent (et s'intéressent à) des acteurs variés : décideurs, institutionnels, chercheurs, professionnels de santé, malades, grand public... Elles incluent de ce fait des travaux réalisés par des acteurs institutionnels, qui ne sont pas toujours publiés, ou alors sous la forme de littérature grise. Même dans la sphère académique, les travaux sur les services de santé ont souvent une portée nationale et sont publiés dans des revues francophones dont les facteurs d'impact restent modestes. Les entretiens réalisés en complément de l'étude bibliométrique ont montré l'importance de considérer toutes les formes de production de connaissances, y compris celles qui ne sont pas purement académiques.

Des acteurs académiques et institutionnels

L'état des lieux s'est surtout intéressé à la contribution à la recherche en services de santé des acteurs académiques et institutionnels français. Il importe de souligner que certains travaux sont aussi réalisés en interaction avec d'autres acteurs, comme les patients, les professionnels de santé, les fédérations professionnelles ou divers organismes internationaux.

Un précédent travail réalisé en 2009 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS, 2009) soulignait l'existence d'« un socle significatif de recherche sur les services de santé, sociologie de la santé, politiques de santé et économie de santé en France, à travers des équipes dans les principales villes ». Le rapport précisait que ces équipes étaient souvent structurées autour d'un ou deux individus seulement. Ce socle est toujours visible aujourd'hui et semble s'être étoffé, donnant aux équipes universitaires une meilleure visibilité, y compris à l'international. Plusieurs pôles de production ont été mis en évidence par l'analyse des réseaux d'auteurs (logiciel RéseauLu).

Les entretiens indiquent qu'en dehors de la région parisienne, une équipe (rarement plus) est identifiée dans chaque grande ville par l'ensemble des autres acteurs mais que ces équipes ne reposent plus uniquement sur un ou deux individus comme cela était mentionné dans le document de travail de la CNAMTS en 2007. De la même façon, les personnes interrogées confirment qu'une grande partie du travail de ces équipes porte directement sur les services de santé, tandis qu'auparavant cette question était rarement centrale, mais représentait plutôt un axe particulier au sein de travaux plus larges sur la santé publique en général, voire de travaux disciplinaires qui ne portaient pas toujours sur la santé. En plus des équipes en épidémiologie, en sociologie, en sciences politiques et en économie, émergent de nouvelles équipes dans des disciplines comme la géographie et les sciences de gestion. D'autres travaux en anthropologie, en philosophie ou en histoire sont aussi menés en France, mais il reste difficile d'identifier dans ces disciplines des équipes directement intéressées par les « services de santé » - et non sur la santé en général. Seuls quelques individus reconnus dans le domaine sont identifiés.

Quelques structures jouent un rôle particulier, c'est le cas de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), qui se distingue des autres équipes de recherche par son ancienneté et sa forte production de littérature grise.

Les services de santé sont aussi au cœur des préoccupations de certaines institutions intervenant dans le champ de la santé, voire plus précisément des services de santé eux-mêmes :

- Les directions du ministère - Direction Générale de la Santé (DGS), Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS), Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)
- La haute autorité de santé (HAS)
- L'inspection générale des affaires sanitaires (IGAS)
- L'assurance maladie (CNAMTS)
- Les agences sanitaires – Santé Publique France, Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSES), Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), etc.
- Certaines agences régionales de santé (ARS)
- L'institut de recherche en santé publique (IReSP)

Dans l'ensemble, ces organisations s'intéressent à la recherche en services de santé du fait de leurs compétences et missions. Pour autant, l'expression « recherche en services de santé » n'est pas plus employée par ces acteurs institutionnels qu'elle ne l'est par les chercheurs académiques.

Thématiques d'intérêt et particularités françaises

L'état des lieux a permis d'identifier différents volets thématiques donnant lieu à des recherches sur les services de santé en France, ainsi que les personnes qui s'y intéressent. L'analyse bibliométrique et les entretiens réalisés ont permis d'identifier une dizaine de thématiques majeures¹.

- Organisation des soins et pratiques
- Prévention et promotion de la santé
- Coûts et évaluation économique
- Etat de santé et qualité de vie des populations
- Performance, efficacité, qualité des soins et évaluation des dispositifs et des politiques de santé
- Inégalités sociales de santé
- Patient – Education thérapeutique
- Innovations techniques et organisationnelles
- Questions méthodologiques
- Caractérisation de la recherche
- Approches par pathologie (cancer, maladies chroniques, Alzheimer, etc.)
- Approches par population (personnes âgées, jeunes, personnes vulnérables, personnes en situation de handicap, etc.)

L'analyse des thématiques réalisée dans le cadre de l'état des lieux avec le logiciel VOSViewer pour l'ensemble des pays publiant le plus dans ce domaine révèle que l'îlot thématique le mieux représenté est celui qui concerne l'organisation des soins. L'îlot « coûts et évaluation économique » arrive en deuxième place (France, Royaume-Uni, Canada) ou en troisième place (Pays-Bas, Allemagne, Australie).

¹ L'ordre présenté n'est pas représentatif du nombre de publications pour chaque thématique

La plupart du temps, ce groupe contient aussi des mots-clés en lien avec l'hôpital : « hospital », « hospitalisation », « stay », « hospital admission » - ceci est moins vrai pour l'Australie et l'Allemagne. Le thème des inégalités sociales de santé est aussi très présent dans les publications.

En France, le thème de l'hôpital apparaît comme un îlot thématique propre. Dans les autres pays, l'hôpital est présent mais en lien avec d'autres mots-clés (notamment liés aux coûts pour le Canada et les Pays-Bas, par exemple). Ce résultat semble traduire le fait que la situation en France soit plus hospitalo-centrée, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'une très grande partie de la recherche en services de santé est menée au sein des CHU, par l'intermédiaire de financements de recherche dévolus aux établissements.

Enfin, dans tous les pays publiant le plus, un îlot thématique entier est dédié aux aspects méthodologiques (souvent en quatrième place). Ce n'est pas le cas en France. Ce constat a aussi pu transparaître dans le cadre des entretiens : il semblerait que les questions méthodologiques soient quelque peu délaissées, aussi bien dans les publications académiques (comme le montre notre requête) que dans la littérature grise à dominante institutionnelle, pour laquelle la finalité pragmatique des résultats est prioritaire. On peut en outre être surpris de l'absence de mots-clés comme « data » et « database » dans le cas de la France. Les entretiens mettent l'accent sur ces sujets (notamment le Big Data) comme étant des sujets d'actualité importants. Il est possible que cette thématique émergente n'ait pu être identifiée dans notre requête, réalisée à partir des publications réalisées entre 2010 et 2015.

Trois thèmes sont particulièrement représentés sur les sites internet des institutions précédemment évoquées : l'organisation des soins, la prévention et la performance du système de santé. Il est toutefois important de rappeler que les institutions sont actives sur de multiples sujets thématiques – qui ne sont pas tous répertoriés sur leurs sites Internet. Beaucoup d'institutions développent en outre leurs travaux selon deux logiques : une partie des travaux répond directement aux saisines d'autres partenaires ou administrations de tutelle ; d'autres travaux s'inscrivent dans un programme propre. Les sujets faisant l'objet de saisines exigent des réponses rapides et peuvent reléguer au second plan des travaux menés par l'institution dans le cadre d'une programmation, généralement annuelle.

On peut remarquer que les inégalités sociales concernant les services de santé (en lien avec les questions d'accès, de droits, de qualité) constituent un thème récurrent dans les colloques et événements en santé publique, en France comme à l'étranger. L'approche institutionnelle, d'abord centrée sur la mise en évidence des inégalités, insiste désormais davantage sur les mesures proposées pour les réduire. Quant à la question de l'innovation, elle intéresse de plus en plus les administrations centrales de santé. Elle fait par exemple l'objet d'un rapport du HCAAM (2016), intitulé « Innovation et système de santé » ; l'innovation organisationnelle occupe une part importante du rapport Charges et Produits 2018 de la Cnamts et prend place dans les missions de l'IRESP en matière de services de santé.

Un dialogue perfectible entre milieux institutionnel et académique

L'émergence récente de la recherche en services de santé en France explique son manque de structuration et freine son développement : les chercheurs français constituent une faible masse critique et peinent à se faire une place sur la scène internationale. Plusieurs éléments sont évoqués pour expliquer cet état de fait.

L'usage de la bibliométrie, en tant qu'outil d'évaluation pour les équipes, est aussi vu comme un frein par les chercheurs. L'exigence de publier dans des revues internationales à fort impact-factor renforce le décalage entre chercheurs et décideurs politiques. Ces derniers lisent plutôt les articles publiés dans des revues francophones et les rapports produits par les administrations centrales et les agences. D'autre part, si la pluridisciplinarité est encouragée en théorie, sa mise en pratique est parfois rendue difficile dans un champ qui pose pourtant des questions complexes et transversales auxquelles aucune discipline ne peut répondre seule de façon complète.

Enfin, si les thématiques traitées par les acteurs académiques et institutionnels se rejoignent, les façons de les aborder peuvent être très différentes, voire difficilement compatibles : angles d'approche pragmatiques ou cognitifs, aspects disciplinaires, pluridisciplinaires ou non disciplinaire, échelles de temps courte pour les décideurs publics et longue pour les chercheurs, travaux francophones diffusables dans les administrations ou travaux en anglais valorisables dans des revues internationales, etc. Le caractère qualitatif ou mixte des résultats produits par des disciplines relevant des sciences humaines et sociales, comme l'anthropologie ou la sociologie, semble encore plus difficile à prendre en compte par les acteurs institutionnels et les décideurs, souvent à la recherche de données quantifiées. De plus, les personnes travaillant dans les institutions publiques françaises ont rarement, à la différence de ce qui peut être observé dans d'autres pays, des parcours préalables de recherche. Certains acteurs institutionnels français disent parallèlement s'appuyer sur des résultats de recherche produits à l'étranger, en raison du faible nombre d'équipes de recherche françaises.

Les liens entre le milieu académique et le milieu institutionnel existent mais restent partiels et passent la plupart du temps par des réseaux de connaissances interpersonnels, plutôt que par des interactions plus systématiques. La recherche sur les services de santé en pâtit nécessairement, étant située à l'interface entre une démarche de production de savoirs académiques et une démarche de prise de décision en matière de politiques publiques. Le renforcement de ces liens, l'établissement d'un dialogue – voire l'animation d'un réseau – entre les différents acteurs du domaine demeure un des enjeux importants pour sa structuration actuelle et dans les années à venir.

Une recherche à structurer en France et à l'international

Plus qu'une simple thématique, la recherche en services de santé est étroitement articulée aux dynamiques des systèmes de santé et à leurs transformations contemporaines. Ce domaine de recherches éclaire et accompagne ces transformations, tout en mettant l'accent sur la complémentarité des disciplines et des méthodes, qualitatives ou quantitatives. Les travaux académiques conduits dans cette perspective se sont étoffés depuis 2010. Malgré une masse critique de chercheurs encore faible, les recherches sur les services de santé occupent une place cruciale parmi les connaissances produites en santé publique. Leur structuration est entamée à différentes échelles et se concrétise par un ensemble d'actions nationales et une opportunité d'ouverture à l'échelle européenne.

Abstract

The main objective of this study is to provide a better understanding of health services research in France, which is one of the priorities for public health research planning. This field can be difficult to define, considering its heterogeneity and the fact that the knowledge produced is not only academic, but also has a strong connection with decision-making. A bibliometric analysis was conducted in order to identify the main poles in knowledge production, the authors' networks and the subjects of research. This analysis was strengthened by the conduct of semi-structured interviews with researchers and institutional players. In France, several research teams dedicated to health services research exist in the main cities. However, this does not seem to be sufficient to build a critical mass of researchers and most of the time the teams have a disciplinary basis. The interviews also show that the definition of "health services" is unclear and underline the porosity of boundaries between research, expertise and evaluation. Furthermore, the field does not seem to be well understood by its evaluators, which makes the maintenance of interdisciplinary research teams complicated. The interdisciplinary projects tend to leave little room to social science disciplines. This study explains the structure of health services research in France and the obstacles faced by the researchers. It allows a discussion with the stakeholders on how these barriers can be broken down and provides a brief analysis of the relationships between researchers and decision-makers, in a field of research connected with the needs of policy-making.

Résumé

L'objectif principal de cette étude est de proposer un panorama des forces de recherche mobilisées sur les services de santé en France, la recherche sur les services de santé constituant l'une des priorités du programme national de recherche en santé publique. Ce domaine reste difficile à cerner car sa définition est imprécise et comprise de différentes façons par les nombreux acteurs qui l'investissent. Il s'agit également d'un champ hétérogène, dont la production de connaissances se fait à la fois au travers de savoirs académiques, mais aussi de savoirs d'expertise ayant une connexion forte avec les processus de prise de décision. Une analyse bibliométrique a permis d'identifier les principaux pôles de production de connaissance, les réseaux d'auteurs et les thématiques de ces recherches. En parallèle, une série d'entretiens semi-directifs ont été menés avec des chercheurs et des chercheuses, ou des représentant-e-s des institutions. Plusieurs équipes de recherche sont dédiées à la recherche sur les services de santé, à Paris et dans les principales villes de France. Cependant, cela ne semble pas suffisant pour rassembler une masse critique de chercheurs et la plupart des équipes conservent un angle d'approche disciplinaire. Les entretiens montrent que la définition des « services de santé » est ambiguë et que les frontières entre la recherche, l'expertise et l'évaluation sont poreuses. De plus, ce domaine ne semble pas bien compris par ses instances d'évaluation, ce qui porte atteinte au développement et au maintien des équipes pluridisciplinaires. Les projets pluridisciplinaires ont par ailleurs tendance à laisser moins de place aux disciplines des sciences humaines et sociales. Cette étude donne donc des éléments de diagnostic du champ de la recherche sur les services de santé en France et met en évidence certains obstacles rencontrés par ses acteurs ; elle ouvre la discussion sur les moyens pertinents et efficaces de lever ces obstacles et fournit une analyse succincte des relations entre le milieu institutionnel et le milieu académique, dans un domaine de recherche étroitement lié aux politiques publiques.

Sommaire

Remerciements	1
Executive Summary / Abstract	2
Glossaire	10
Introduction Générale	12
Cadrage de l'étude	13
Définition des termes et du périmètre de l'étude	13
Méthodologie	14
Quelques rapports de référence	15
Une étude en deux phases complémentaires : une analyse bibliométrique et des entretiens semi-directifs avec les acteurs du domaine	15
Capturer la littérature académique	16
Capturer la littérature grise	16
L'analyse bibliométrique	17
Structure de la requête	17
Paramètres de la requête finale	21
Spécificité	23
Outils d'analyse (RéseauLu et VOSViewer)	23
Limites de la requête	24
Conclusion	25
Les entretiens	25
Format des entretiens	25
Choix des acteurs	25
Elaboration des guides d'entretien	27
Conclusion	28

Résultats	29
Panorama des acteurs et des thématiques.....	29
Une production hétérogène et en développement.....	29
Les acteurs de la recherche en services de santé.....	33
Les thématiques de la recherche en services de santé : cartographie, mise à l’agenda politique et perspectives d’évolution.....	46
Les freins perçus.....	64
Un domaine limité et mal compris.....	64
Entre le milieu académique et le milieu institutionnel : une interface complexe et peu structurée .	68
Conclusion générale.....	73
Références	74
Liste des personnes interrogées	77
Annexe 1 – Liste des mots-clés écartés, modifiés ou ajoutés.....	78
Annexe 2 – Liste des équipes de recherche en santé publique intéressées (même partiellement) par la recherche sur les services de santé.....	78
Annexe 3 – Nombre de publications par pays pour les pays publiant le plus entre 2004 et 2015.....	78
Annexe 4 – Cinquante premières revues mondiales.....	78
Annexe 5 – Revues françaises correspondant à la requête sur le Web of Science.....	78
Annexe 6 – Clusters de mots-clés obtenus par VOS Viewer pour la France, l’Australie, le Canada, l’Angleterre, l’Allemagne, les Pays-Bas et les Etats-Unis.....	78

Glossaire

Général

AAP – Appels à projets

AC – Action coordonnée

CIC – Centre d’Investigation Clinique

CSA – Consortium Support Action

CHU – Centre hospitalier universitaire

ERA-NET – European Research Area Network

GIS – Groupement d’Intérêt Scientifique

GT – Groupe de Travail

HSR – « Health Services Research » ou recherche sur les services de santé

HSREPP – Health Services Research into European Policy and Practice (rapport)

ISS – Inégalités Sociales de Santé

PREPS – Programme de recherche sur la performance du système des soins

PREQHOS – Programme de recherche en qualité hospitalière

PHRC – Programme hospitalier de recherche clinique

PHRIP – Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale

SP – Santé Publique

SPHERE – Strengthening Public Health Research in Europe

Institutions, équipes de recherche, instituts

Anses – Agence nationale de sécurité sanitaire

ANSM – Agence nationale de sécurité du médicament

Cnamts – Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

DGS – Direction Générale de la Santé

DGOS – Direction Générale de l'Organisation des Soins

DREES – Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

Eprus – Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

HAS – Haute Autorité de Santé

IGAS – Inspection Générale des Affaires Sanitaires

Inpes – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

InVS – Institut de Veille Sanitaire

IReSP – Institut de Recherche en Santé Publique

ITMO – Institut Thématique multi-organismes

SPF – Santé Publique France

APEMAC – Approches épidémiologiques et psychologiques

CRISSPOP – Chronicisation du risque santé, systèmes de soins et politiques publiques

EMOS – Economie et management des organisations de santé

EES – Equipe d'économie de la santé

HESPER – Health services and performance research

IRD – Institut de recherche pour le développement

IRDES – Institut de recherche et documentation en économie de la santé

LEDI – Laboratoire d'économie de Dijon

LEPS – Laboratoire éducations et pratiques en santé

MOS – Management des organisations de santé

SESSTIM – Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale

Introduction Générale

La recherche en services de santé², se référant à la notion mieux connue de « *health services research* », est une des quatre priorités identifiées par le groupe thématique « santé publique » dans le cadre de la programmation nationale de la recherche en santé et s'inscrit également dans le plan stratégique Inserm 2016-2020.

Bien que ce domaine soit en plein développement dans plusieurs pays tels que les Etats-Unis, le Canada ou le Royaume-Uni (multiplication des colloques sur des thématiques d'intérêt du champ, création d'organismes spécifiquement consacrés à la HSR, publication d'articles dans des revues internationales), son émergence est récente en France et peu de travaux portent sur sa caractérisation. Il semble à l'heure actuelle difficile d'identifier précisément quels sont les acteurs mobilisés sur ces activités de production de connaissance, ainsi que de recenser la connaissance produite.

En lien avec la programmation, l'IReSP et l'ITMO santé publique ont choisi de développer un certain nombre d'initiatives visant à mieux connaître ce domaine de recherche, à le caractériser et à soutenir son émergence et sa structuration. Parmi elles figure la création d'un groupe de travail en 2015, réunissant une quinzaine de chercheurs et d'acteurs institutionnels impliqués, pour favoriser les échanges entre eux et identifier des enjeux prioritaires partagés ; mais aussi la réalisation d'un état des lieux de la recherche en services de santé qui est l'objet de ce rapport.

L'état des lieux a débuté en octobre 2015 et s'est articulé autour d'une phase d'étude de huit mois, s'appuyant sur une analyse bibliométrique des publications et la réalisation d'entretiens avec des acteurs-clés du domaine, suivie d'une phase de rédaction.

L'objectif principal de cette étude est de dégager un panorama du domaine de la recherche en services de santé en France, d'en identifier les principaux producteurs de connaissance, de recenser la connaissance produite et les thématiques d'intérêt afin de caractériser le champ dans son ensemble. La recherche en services de santé ayant la spécificité d'être pensée, en théorie, très en lien avec la décision en matière de santé publique, l'un des objectifs sous-jacents est aussi de détailler l'interface entre le milieu académique et le milieu institutionnel afin de mieux comprendre le décalage constaté³ entre la production de connaissance, d'une part, et la mobilisation de cette connaissance par les acteurs institutionnels au moment du processus de décision publique d'autre part.

Cet état des lieux peut être vu comme une photographie du domaine de la recherche en services de santé en France à un instant donné, mais il permet aussi de revenir sur la transformation du champ sur ces dernières années en faisant notamment le lien avec d'autres travaux réalisés précédemment, notamment par la Cnamts⁴, et donne une ouverture sur les perspectives d'évolution.

² La notion sera caractérisée de façon plus précise dans la suite du rapport

³ Pineault, Raynald et al. (2007)

⁴ Document de travail de la Cnamts portant sur la recherche en services de santé (2009)

Cadrage de l'étude

Définition des termes et du périmètre de l'étude

Proposer une définition de la « health services research » n'est pas une tâche aisée et cet exercice peut être abordé sous plusieurs angles. Comme point de départ, la définition la plus largement utilisée à l'internationale a été retenue :

« La recherche sur les services de santé étudie l'accès aux services de santé, leurs coûts et leurs impacts sur les patients. Les principaux objectifs de la recherche sur les services de santé sont l'identification de meilleures stratégies pour organiser, gérer, financer et fournir une prise en charge de haute qualité, la réduction des événements indésirables et l'amélioration de la sécurité des patients. »⁵

Il convient de noter qu'un grand nombre d'autres définitions existent, pouvant mettre en exergue certains aspects comme par exemple le caractère pluridisciplinaire de cette recherche (« champ multidisciplinaire d'investigation scientifique⁶ »), ou encore la volonté qu'elle traduit d'améliorer l'équité des soins (« étudier comment rendre les soins plus efficaces, plus efficaces ou plus équitables⁷ »).

Comme le souligne justement Charles Phillips dans un article⁸ visant à proposer une définition plus concise de la « health services research », on remarque cependant une structure commune à toutes ces définitions qui expliquent d'abord « ce qu'on étudie », puis « dans quel but » on l'étudie. Ceci n'est pas anodin et témoigne d'un fort lien, dans le cas de la HSR, entre un processus de production de connaissances et un processus de traduction de ces connaissances en mesures ou en politiques publiques sensées avoir un effet concret sur le système de santé.

Dans la définition que nous avons retenue, on peut lire en filigrane le côté multidisciplinaire de ce domaine de recherche et la place centrale qu'y occupent les sciences de gestion (« organiser, gérer ») et l'économie (« financer »), mais en laissant toutefois une porte ouverte vers les sciences humaines et sociales lorsqu'il s'agit « d'étudier l'accès aux services de santé [...] et leurs impacts sur les patients ». On peut aussi souligner que l'expression « identification de meilleures stratégies » souligne l'importance de l'innovation dans le domaine de la HSR. En effet, pour que ces stratégies soient « meilleures » il faut qu'elles soient nouvelles, qu'elles diffèrent des stratégies qui existaient jusqu'alors.

Finalement, si l'expression anglaise « health services research » est désormais largement employée et si sa définition a fait l'objet de divers travaux, sa traduction en français n'est pas encore très répandue et peut être source d'ambiguïté. La définition retenue dans cette partie nous offre une première base de réflexion, mais l'un des objectifs de cet état des lieux sera de mieux percevoir comment les acteurs du domaine comprennent, interprètent et utilisent cette notion de recherche en services de santé. Cette question sera abordée à l'occasion des entretiens et sera davantage développée dans la partie **4.a)i**.

⁵ Agency for Healthcare Research and Quality (2002)

⁶ Academy for Health Services Research and Health Policy (2000)

⁷ Zhao, Hui et al. (2012)

⁸ Phillips, C.D. (2006)

Méthodologie

Des échanges réguliers ont fait le lien entre cet état des lieux de la HSR en France et le groupe de travail « recherche sur les services de santé », permettant de combler une partie des zones d'ombre qui avaient été mises en avant par le groupe (identification des équipes de recherche, recensement des publications, émergence de rubriques thématiques). En retour, les membres du groupe ont été sollicités à plusieurs reprises afin de conseiller des pistes de lecture pour la bibliographie, d'identifier des lieux de production de connaissance non-académique en HSR, de proposer des personnes qu'il était incontournable d'interroger puis de partager leur propre expérience en tant qu'acteurs-clés du domaine lors de la phase d'entretiens.

Une restitution intermédiaire a eu lieu au terme de la phase d'analyse bibliométrique et d'une première phase d'entretiens avec des chercheurs, à l'occasion d'une séance spéciale du groupe de travail dédiée au diagnostic du champ en France et en Europe. Les personnes ayant été interrogées pour les entretiens étaient conviées. Cette session a permis de présenter la méthodologie et les résultats provisoires, de recueillir les impressions et les remarques des participants et d'offrir un aperçu de la HSR dans d'autres pays pour compléter le panorama français.

Les différents acteurs désiraient obtenir une vision générale du domaine et comprendre quelles personnes étaient réellement mobilisées sur ce sujet de la recherche en services de santé, au sein de quelles équipes de recherche ou de quelles institutions, et sur quelles thématiques. Les attentes des uns et des autres ont pu être précisées au fur et à mesure, au moment des entretiens, des séminaires du groupe de travail HSR, de la restitution intermédiaire en présence des personnes sollicitées, ou encore lors d'échanges par téléphone ou par emails.

Certains désiraient identifier les personnes travaillant sur un domaine précis (la prévention et la promotion de la santé par exemple) afin d'envisager des projets communs, d'autres souhaitaient identifier les personnes impliquées sur les services de santé en général. Les chercheurs et les chercheuses ont manifesté le besoin d'en savoir plus sur les besoins des décideurs et le type de connaissances qui pouvait leur être utile ; certains ont ajouté que les entretiens fournissaient une bonne occasion de prendre du recul et de faire le point par rapport à leurs propres travaux.

Dans l'ensemble, les différents acteurs ont cependant tous montré plus d'intérêt pour l'identification d'une force de travail HSR, plutôt que pour l'identification des connaissances elles-mêmes. Une cartographie des personnes et des équipes mobilisées (et mobilisables) sur telle ou telle thématique paraît pertinente pour répondre à ces attentes, l'objectif final étant de parvenir à un alignement des thématiques entre chercheurs et décideurs qui pourraient idéalement construire un agenda stratégique commun.

Quelques rapports de référence

Un certain nombre de travaux réalisés sur des sujets similaires ont été d'une grande utilité au début de cette étude. Il s'agit de travaux portant sur la définition de la « health services research » et sur la caractérisation de ce domaine de recherche, avec une vision globale sur l'ensemble de l'Europe (Health services research into European policy and practice – HSREPP)⁹ ou à l'échelle d'un pays comme les Pays-Bas¹⁰ ou l'Irlande¹¹. Un document de travail de la Cnamts datant de 2009 et s'intéressant cette fois directement à la France a aussi apporté quelques pistes en termes de méthodologie et une opportunité de comparer nos résultats sur la période 2010-2015 avec une période antérieure : 2005-2010. Nous avons ainsi pu avoir une idée de l'évolution et de la structuration de la recherche sur les services de santé en France au cours des dix dernières années.

Nous nous sommes appuyés sur ces études afin de définir les termes de notre sujet, d'en dégager les concepts-clés et d'en préciser le périmètre. Nous avons étudié attentivement les méthodologies des travaux précédents afin de construire notre propre méthodologie, avec les moyens dont nous disposons et pour répondre de la façon la plus précise possible aux questions qui nous étaient posées. Le rapport très complet du projet HSREPP a permis de vérifier la cohérence de nos premiers résultats, en les comparant avec les parties du rapport qui concernaient la France, d'évaluer notre requête en termes de spécificité, mais aussi de remettre en perspective ces résultats français à l'échelle européenne.

Une étude en deux phases complémentaires : une analyse bibliométrique et des entretiens semi-directifs avec les acteurs du domaine

Si certaines initiatives ont déjà été prises en France pour regrouper la littérature relevant de la santé publique en général (on peut penser par exemple à la Banque de données en santé publique, gérée par l'École des hautes études en santé publique), il n'existe pour l'instant aucune banque de ce genre répertoriant les documents relatifs à la recherche sur les services de santé. Une grande partie de cette étude a donc été dédiée à l'identification des connaissances produites dans ce domaine. Ces recherches se sont articulées en deux phases complémentaires : l'une ayant pour but de capter la littérature académique ou universitaire, produite par les chercheurs la plupart du temps sous la forme d'articles publiés dans des revues à comité de lecture ; l'autre ayant pour but de capter la littérature que l'on pourrait qualifier « d'institutionnelle », souvent appelée « littérature grise », regroupant « des rapports de recherche [...], certains documents officiels et des communications à des conférences, qui n'ont pas été publiés par les canaux de publication traditionnels »¹². La recherche sur les services de santé se nourrit de ces deux types de production de connaissances, et chacune joue un rôle particulier comme nous le verrons dans la suite du rapport. C'est pourquoi il était important de se pencher sur ces deux catégories de littérature et de trouver une méthodologie adaptée pour sonder l'une et l'autre.

⁹ Hansen (2011)

¹⁰ Delnoij, Diana and Groenewegen (2007)

¹¹ Hiney, Curran et al. (2011)

¹² Gibb, Phillips (1979)

Capter la littérature académique

En ce qui concerne la littérature académique, nous avons fait le choix de mener une analyse bibliométrique en nous appuyant sur les plateformes disponibles sur Internet ; nous avons donc créé une requête pour recenser les articles d'intérêt pour notre étude. La base de données que nous avons retenue est le Web of Science de Thomson Reuters, base de données d'informations bibliographiques multi-thématiques produite par la société ISI (Institute for Scientific Informations). C'est avec cette base de données que travaille la cellule bibliométrique de l'INSERM qui a été notre partenaire pour cet état des lieux.

Un premier constat flagrant, qui a eu son importance dans la construction de la requête, est que le mot-clé « health services research » est encore très mal identifié par les chercheurs français en 2015 :

« A la limite, même le mot-clé « HSR » ne serait pas apparent... Les économistes peuvent ne pas être complètement au clair avec cette appellation. Je pourrais vous donner quelques mots-clés qui peuvent vous permettre d'étendre la recherche dans le champ des sciences économiques, si vous le souhaitez. », un chercheur en économie de la santé.

Cette remarque, valable pour les sciences économiques, s'applique aussi aux autres disciplines. Il nous a donc fallu élaborer une requête plus complexe, en plusieurs modules, dont la structure est détaillée dans la partie suivante du rapport.

En complément de l'analyse bibliométrique, des entretiens ont été réalisés avec des acteurs du domaine afin d'identifier où ils publiaient et comment ils valorisaient leurs propres travaux, mais aussi quelle littérature ils consultaient.

Capter la littérature grise

Les documents relevant de la littérature grise sont rarement référencés dans les bases bibliométriques scientifiques, qui rassemble plutôt des articles publiés dans des revues à comité de lecture. C'est pourquoi, lors de cette deuxième phase de recherche, nous nous sommes plutôt concentrés sur les principaux producteurs de littérature grise : les institutions. On peut identifier plusieurs institutions incontournables qui s'intéressent ou participent à la recherche en services de santé en France :

- Les directions du ministère :
 - o La direction générale de la santé (DGS)
 - o La direction générale de l'organisation des soins (DGOS)
 - o La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- La haute autorité de santé (HAS)
- L'inspection générale des affaires sanitaires (IGAS)
- L'assurance maladie (Cnamts)
- Santé Publique France (Rassemblant l'InVS, l'Inpes et l'Eprus)
- Les agences sanitaires (Anses, ANSM, etc.)
- L'institut de recherche en santé publique (IRESP)

Chacune de ces institutions dispose d'un site Internet sur lequel, dans la plupart des cas, il est possible de consulter les documents publiés par l'institution en question. Ces bases documentaires ne sont pas toutes organisées de la même façon et regroupent des éléments de formats différents (rapports, guides, avis, affiches, etc.) quelquefois classés par thématiques, dont certaines concernent la recherche en services de santé, mais pas toutes. Un travail préliminaire a été réalisé afin d'identifier les connaissances produites par les institutions et disponibles sur leurs sites.

Là encore, ce travail a été complété par la réalisation d'une série d'entretiens, cette fois auprès de représentants de ces institutions. A cela s'ajoute également un repérage des colloques ou événements organisés, ainsi qu'une analyse succincte des appels à projets financés par l'IRESP (appels à projets « recherche en services de santé ») et la DGOS (PREPS).

L'analyse bibliométrique

Pour caractériser le paysage de la recherche en services de santé en France, objectif principal de cet état des lieux, nous souhaitons dans un premier temps réaliser une analyse bibliométrique quantitative. Il s'agissait d'obtenir, grâce à la construction d'une requête, une liste de chercheurs publiant sur ce champ, mais aussi de remonter à leurs unités et à leurs thématiques de recherche, ainsi qu'aux liens existant entre les différents producteurs de connaissance. Afin d'avoir ces informations, nous sommes donc passés par un inventaire de la connaissance produite en HSR. La requête a été élaborée en collaboration avec la cellule « bibliométrie » de l'Inserm.

Structure de la requête

Notre requête peut être décomposée en trois blocs : une requête par mots-clés, une requête ciblant une catégorie du Web of Science, et une requête ciblant les revues du champ répertoriées par le Web of Science.

Une requête par mots-clés

Pour procéder à la sélection des mots-clés, nous avons dressé une première liste en nous appuyant sur les travaux précédents, ainsi que sur les notes de cadrage du Groupe de Travail « Recherche sur les Services de Santé ». Cette liste a été affinée (en ajoutant, modifiant ou supprimant des mots-clés) au fur et à mesure de la préparation de la requête et avec l'aide de la cellule bibliométrie. Nous avons éliminé ou modifié les mots-clés qui ramenaient trop de « bruit » (c'est-à-dire des publications ne relevant pas du champ de la recherche en services de santé). Nous avons ajouté des mots-clés rencontrés dans des articles pertinents ou associés à des chercheurs remarquables du champ.

La liste des mots-clés que nous avons écartés, modifiés ou ajoutés est disponible en **annexe 1**.

Module « Health Services » OR « Health Systems »

Nous avons d'abord ciblé toutes les publications qui portaient directement sur les services de santé et/ou le système de soins. Pour ce faire, nous avons utilisé le champ « topic », recherchant la présence des termes « health services » ou « health systems » dans le titre, l'abstract ou les mots-clés associés à l'article.

```
ts=("health service*" or "health-service*" or "health system*" or "health-system*")  
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years
```

Module « Health Services » OR « Health Systems »

Module restrictif

Nous avons ensuite subdivisé les mots-clés restants en deux catégories : d'un côté, les mots-clés très spécifiques, qui ramenaient relativement peu de publications et qui pouvaient être utilisés comme tels ; de l'autre, des mots-clés pertinents mais plus larges, susceptibles de ramener des publications hors-champ. Nous avons choisi de coupler les mots-clés moins spécifiques avec un module restrictif, afin de réduire le bruit engendré par ces mots-clés. Ce module restrictif cible l'ensemble des articles relatifs à la santé, aux services de santé ou au système de soin. Là encore, nous avons utilisé le champ « topic », recherchant la présence des termes « health services », « health systems » ou « healthcare » dans le titre, l'abstract ou les mots-clés associés à l'article.

```
ts=("health service*" or "health-service*" or "health system*" or "health-system*" or "healthcare" or "health-care" or "health care")  
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years
```

Module restrictif

Le module restrictif est utilisé uniquement en combinaison avec les mots-clés peu spécifiques. Il n'est jamais utilisé seul, car il ramènerait trop de bruit (de nombreuses publications relatives à la santé, mais ne portant pas spécialement sur les services de santé).

Mots-clés plus ou moins spécifiques

Au fil des premières requêtes lancées, de leur analyse et des échanges avec la cellule bibliométrie, nous sommes arrivés à la liste suivante de mots-clés :

Mots-clés spécifiques

- Patient acceptance of healthcare
- Health services accessibility
- Healthcare organization
- Delivery of healthcare
- Care pathway
- Quality of care
- Sociology of health

Mots-clés moins spécifiques

- Cost/economics
- Quality of Life
- Legislation
- Ethics
- Empowerment
- Management
- Access

Bilan de la requête par mots-clés

#1 and ts=(cost* or economic*) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	Mots-clés moins spécifiques
#1 and ts=("quality-of-life" or "quality of life") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
#1 and ts=legislation <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
#1 and ts=ethic* <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
#1 and ts=empowerment <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
#1 and ts=management <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
#1 and ts=access <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
ts=("sociology-of-health" or "sociology of health") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	Mots-clés spécifiques
ts=("quality of care" or "quality-of-care") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
ts=("care pathway" or "care-pathway") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
ts=("patient*-physician*" or "physician*-patient*") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
ts=("delivery of healthcare" or "delivery of health-care" or "delivery of health care") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
ts=("healthcare organization" or "health-care organization" or "health care organization") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
ts=("health-service* accessibility" or "health service* accessibility") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
ts=("patient acceptance of health care" or "patient acceptance of healthcare" or "patient acceptance of health-care") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	
ts=("health service*" or "health-service*" or "health system*" or "health-system*" or "healthcare" or "health-care" or "health care") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	

Une requête par catégorie

Sur le Web of Science, il est possible de filtrer les publications parmi 250 catégories¹³. Deux d'entre elles semblent particulièrement bien cibler le champ de la recherche en services de santé : la catégorie « Health Care Sciences Services » et la catégorie « Health Policy Services ».

Health Care Sciences Services

Pour commencer, nous avons constaté que certaines publications relevant de la catégorie « Health Care Sciences Services » n'étaient pas captées par notre requête « Mots-clés » (en tout 1908 publications en France entre 2010 et 2015). Parmi ces publications manquées, une bonne partie était dans le champ, mais ce n'était pas le cas de toutes. C'est pourquoi nous n'avons pas souhaité ajouter à notre requête l'intégralité de la catégorie « Health Care Sciences Services », mais plutôt une combinaison de cette catégorie avec le module restrictif élaboré dans la partie précédente.

Health Policy Services

De la même façon, certaines publications relevant de cette catégorie n'étaient pas captées par notre requête (en tout 1533 publications en France entre 2010 et 2015). Parmi ces publications, une grande partie ne rentrait pas dans le champ de la recherche en services de santé tel que nous l'avions défini. En croisant la catégorie « Health Policy Services » avec le module restrictif, nous n'apportons aucune nouvelle publication. Nous n'avons pas jugé pertinent d'ajouter cette catégorie.

Au final, nous avons ajouté à notre requête « Mots-clés » un seul module « Catégorie » qui reprenait la catégorie du Web of Science intitulée « Health Care Sciences Services », croisée avec le module restrictif que nous avons défini précédemment.

```
ts=("health service*" or "health-service*" or "health system*" or "health-system*" or "healthcare" or "health-care" or "health care")  
Refined by: RESEARCH AREAS: ( HEALTH CARE SCIENCES SERVICES )  
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years
```

Module « Catégorie »

¹³ Web of Science Category of Terms (2012)

Une requête ciblant les revues du champ

Afin de compléter notre requête, nous avons également choisi d'inclure un module « Revue ». A partir de la liste des revues relevant de la catégorie « Health Care Sciences Services », nous avons fait une sélection des revues qui traitaient exclusivement (et pas seulement partiellement) de la recherche en services de santé : ce module nous permet de répertorier tous les chercheurs français ayant publié au moins une fois dans une des principales revues entièrement dédiées au champ.

```
SO=("health policy" OR "international journal for quality in health care" OR "international journal of  
technology assessment in health care" OR "BMC health services research" OR "health economics" OR  
"european journal of health economics" OR "journal of health economics" OR "health policy and planning"  
OR "quality safety in health care" OR "journal of mental health policy and economics" OR "journal of public  
health policy" OR "journal of medical systems" OR "health care management science" OR "international  
journal of health services" OR "international journal of health planning and management" OR "journal of  
health politics and law" OR "health research policy and systems" OR "health services research")  
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years
```

Module « Revue »

Notre requête finale consiste en une combinaison de modules reliés entre eux par l'opérateur « OR ». Ces modules ciblent la production de connaissances en HSR à travers une sélection de mots-clés (plus ou moins spécifiques), l'appartenance à la catégorie HSR du Web of Science, ou encore la présence de l'article dans des revues intégralement dédiées au champ.

Paramètres de la requête finale

Enfin, nous avons choisi de faire porter notre requête sur la période 2010-2015. Nous avons sélectionné les articles qui avaient été publiés en France (le champ « CU » mentionne bien le pays de publication et non la nationalité de l'auteur de l'article). Nous avons exclu les types de documents suivants : meeting abstract, reprint, editorial material et book chapter.

Requête Finale Annotée

# 23	3,105	#20 and cu=France and py=2010-2015 Refined by: [excluding] DOCUMENT TYPES: (MEETING ABSTRACT OR REPRINT OR EDITORIAL MATERIAL OR BOOK CHAPTER) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 22	3,305	#20 and cu=France and py=2010-2015 <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 21	6,571	#20 and cu=France <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 20	274,315	#19 OR #18 OR #17 OR #16 OR #15 OR #14 OR #13 OR #12 OR #11 OR #10 OR #9 OR #8 OR #7 OR #6 OR #5 OR #4 OR #3 OR #2 <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	(Tout sauf #1)	
# 19	27,548	SO=("health policy" OR "international journal for quality in health care" OR "international journal of technology assessment in health care" OR "BMC health services research" OR "health economics" OR "european journal of health economics" OR "journal of health economics" OR "health policy and planning" OR "quality safety in health care" OR "journal of mental health policy and economics" OR "journal of public health policy" OR "journal of medical systems" OR "health care management science" OR "international journal of health services" OR "international journal of health planning and management" OR "journal of health politics and law" OR "health research policy and systems" OR "health services research") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	Journaux "HSR"	
# 18	78,424	#1 and ts=(cost* or economic*) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	Mots-clés croisés avec le module restrictif #1	
# 17	21,159	#1 and ts=("quality-of-life" or "quality of life") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 16	3,086	#1 and ts=legislation <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 15	10,326	#1 and ts=ethic* <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 14	2,353	#1 and ts=empowerment <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 13	63,017	#1 and ts=management <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 12	39,002	#1 and ts=access <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 11	299	ts=("sociology-of-health" or "sociology of health") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	Mots-clés spécifiques	
# 10	22,929	ts=("quality of care" or "quality-of-care") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 9	1,178	ts=("care pathway" or "care-pathway") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 8	8,674	ts=("patient*-physician*" or "physician*-patient*") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 7	2,185	ts=("delivery of healthcare" or "delivery of health-care" or "delivery of health care") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 6	1,097	ts=("healthcare organization" or "health-care organization" or "health care organization") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 5	825	ts=("health-service* accessibility" or "health service* accessibility") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 4	205	ts=("patient acceptance of health care" or "patient acceptance of healthcare" or "patient acceptance of health-care") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		
# 3	57,155	ts=("health service*" or "health-service*" or "health system*" or "health-system*" or "healthcare" or "health-care" or "health care") Refined by: RESEARCH AREAS: (HEALTH CARE SCIENCES SERVICES) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		MR1 croisé avec la catégorie HSR
# 2	89,141	ts=("health service*" or "health-service*" or "health system*" or "health-system*") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>		MR2 (en entier)
# 1	373,887	ts=("health service*" or "health-service*" or "health system*" or "health-system*" or "healthcare" or "health-care" or "health care") <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years</i>	MR1 (pas seul)	

Spécificité

Afin d'avoir une idée de la spécificité de la requête, nous avons choisi d'analyser trois échantillons aléatoires de publications (chaque échantillon comprenant 100 publications). L'analyse consistait à déterminer si chaque publication appartenait bien au champ souhaité, en s'appuyant sur le titre, puis sur l'abstract si le titre ne permettait pas de conclure. L'analyse a été réalisée à la main par deux opératrices, séparément. Les désaccords entre les deux opératrices ont été discutés jusqu'à l'établissement d'un consensus.

Au final, dans chaque échantillon de 100 publications, plus de 90 publications ont été considérées comme étant « dans le champ ».

Echantillon	Echantillon n°1	Echantillon n°2	Echantillon n°3
Spécificité (Pourcentage d'articles « dans le champ »)	94%	99%	99%

Une brève comparaison avec le projet « HSREPP » permet de conclure que la spécificité de notre requête est satisfaisante.

	HSREPP	Etat des lieux (France)
Echantillon analysé (en nombre d'abstracts)	1000 abstracts	300 abstracts
Echantillon analysé (en pourcentage des résultats)	3,7% des résultats	10,7% des résultats
Spécificité (pourcentage de publications relevant du champ de la HSR, au sens large)	> 80%	> 90%

Outils d'analyse (RéseauLu et VOSViewer)

Deux logiciels ont été utilisés dans le but de proposer une interprétation intéressante des résultats. Le logiciel VOSViewer a permis de donner une approche des thématiques traitées dans le milieu académique en répartissant les mots-clés en clusters, basés sur la co-occurrence¹⁴ (en d'autres termes, VOSViewer regroupe dans une même catégorie les mots qui apparaissent souvent ensemble). Le logiciel Réseau-Lu, quant à lui, met en évidence les réseaux d'auteurs (qui publie avec qui) et peut ainsi faire apparaître des pôles de production de connaissance, ou au contraire révéler des acteurs plus isolés.

¹⁴ Traag, Franssen (2016)

Limites de la requête

Une mauvaise représentativité de la littérature grise et des sciences humaines et sociales

L'analyse bibliométrique nous a permis de recueillir un nombre important de publications produites en France, d'identifier des pôles de production de connaissance académique et d'avoir un aperçu des thématiques les plus souvent traitées. Cette analyse reste limitée pour plusieurs raisons.

D'une part, comme nous l'avons vu, la recherche en services de santé est un domaine de recherche qui se situe à la frontière entre la littérature académique et la littérature grise. En menant une requête sur le Web of Science, l'accent a été mis d'emblée sur la littérature académique et nous avons ciblé les articles publiés dans des revues scientifiques à comité de lecture. Nous avons pu passer à côté d'autres travaux constituant plutôt la littérature grise, sous la forme de guides ou de rapports par exemple, qui sont pourtant des formes essentielles de production et diffusion de la connaissance en services de santé.

Au sein de la littérature académique, nous avons remarqué qu'il était difficile d'avoir une représentativité équivalente pour toutes les disciplines. Certaines disciplines relevant des sciences humaines et sociales, comme la sociologie ou l'anthropologie, sont beaucoup moins accessibles par le Web of Science que d'autres disciplines comme l'épidémiologie. Ainsi le tableau dressé au terme de l'analyse bibliométrique reste incomplet et nécessite d'être renforcé par une analyse plus qualitative, s'appuyant sur des entretiens avec des acteurs et actrices du domaine. Il serait également intéressant de conduire une requête similaire sur des moteurs spécifiquement dédiés aux sciences humaines et sociales (Cairn, Persée, Isidore, ...), voire sur des moteurs de recherche plus généralistes comme Google Scholar.

Une requête construite autour d'une certaine vision de la HSR

Au moment de la construction de la requête, plusieurs choix ont été faits afin d'en améliorer l'efficacité et la pertinence. Ces choix sont liés à une certaine vision du domaine, au préalable, et peuvent avoir des conséquences sur les résultats obtenus. D'une part, le choix initial des mots-clés est bien sûr étroitement lié à ce que représente la recherche en services de santé pour les personnes qui construisent la requête. Ce biais peut être atténué en confrontant les points de vue, en consultant la méthodologie des travaux préexistants et en annonçant clairement la définition de la recherche en services de santé retenue pour cette étude.

L'affinage de la requête, en ajoutant ou supprimant des mots-clés, s'est fait sur des critères d'efficacité bibliométrique (écarter les mots-clés ramenant trop de « bruit »), mais aussi sur la base d'une première connaissance du domaine (ajouter un mot-clé associé à un chercheur incontournable, par exemple).

Enfin, la spécificité de la requête a été estimée manuellement, par lecture des titres et des abstracts d'un échantillon représentatif des publications captées (échantillon de 300 publications). Nous avons cependant essayé de réduire le biais lié à l'opérateur en conduisant cette estimation à deux voix et en confrontant ensuite les résultats obtenus.

Conclusion

Au final, nous avons construit la première phase de notre étude autour d'une analyse bibliométrique menée sur le Web of Science. Le but de cette analyse était d'identifier un certain nombre de chercheurs parmi les plus actifs, de mettre en évidence une partie des réseaux entre ces chercheurs, de recenser leurs publications et de faire émerger quelques thématiques d'intérêt. La requête a évolué en intégrant des considérations bibliométriques, mais aussi en traduisant une certaine vision du domaine de la recherche en services de santé *a priori*. Les limites mises en lumière dans le paragraphe 3.c) v. ont pu être partiellement corrigées par la suite de l'étude. La réalisation d'entretiens avec des acteurs incontournables du domaine (chercheurs de différentes disciplines et représentants des principales institutions actives sur ces questions) ont permis d'avoir un meilleur aperçu de la production de littérature grise et des travaux réalisés dans les disciplines relevant des sciences humaines et sociales.

Les entretiens

Pour compléter le tableau dressé au terme de l'analyse bibliométrique et pallier à certaines de ses limites, des entretiens ont été réalisés avec plusieurs acteurs du domaine (des chercheurs, mais aussi des institutionnels).

Format des entretiens

Le format qui a été retenu pour la conduite des entretiens est celui de l'entretien semi-directif : on interroge la personne en lui posant des questions ouvertes et en lui laissant une relativement grande liberté de réponse. Pour chaque catégorie d'acteurs, un guide d'entretien spécifique a été élaboré, déterminant à l'avance la liste des thématiques à aborder et servant de fil rouge à la conversation. Il était cependant important que l'enquêté-e puisse faire émerger des points qui n'avaient pas été identifiés au préalable.

Les entretiens ont duré en moyenne une heure (entre quarante minutes et deux heures). Ils ont été réalisés en personne lorsque cela était possible (dans les locaux de l'IRESP, dans le bureau de la personne rencontrée ou dans un café à Paris, selon ce qui était le plus pratique). Certains entretiens ont aussi été réalisés par téléphone.

La conversation était enregistrée afin de pouvoir procéder à une retranscription, rendant plus facile l'analyse. Le contact ayant été établi au préalable par email, la personne pouvait si elle le souhaitait envoyer des précisions ou des documents complémentaires à la suite du rendez-vous. Au total, 32 personnes ont été interrogées (20 chercheurs et 12 institutionnels).

Choix des acteurs

En partant du constat que la connaissance autour des services de santé est produite à l'interface entre le milieu académique et le milieu institutionnel, nous avons décidé de rencontrer des personnes représentant ces deux milieux aux logiques propres. Une première liste d'acteurs incontournables avait déjà pu être établie de façon informelle dans le cadre du groupe de travail « Recherche sur les services de santé » (liste incluant des membres du groupe de travail, mais aussi des personnes identifiées par eux).

Au sein du milieu académique, il paraissait important de rencontrer des chercheurs et des chercheuses issu·e·s de diverses disciplines, y compris de disciplines moins bien captées par notre requête. La durée de l'étude étant relativement courte, nous avons cherché à lister les disciplines en lien avec ce domaine de recherche et à interroger au moins une personne par discipline. Nous avons aussi tenté d'interroger des personnes ayant une bonne connaissance du domaine, travaillant dans des équipes différentes et même dans différentes villes de France. La recherche en services de santé étant en émergence et rassemblant pour l'heure un petit nombre de chercheur·se·s, nous avons estimé que cela permettrait d'identifier les équipes françaises les plus actives sur ces questions, dans toutes les disciplines et dans les principales villes.

Au sein du milieu institutionnel, nous avons rencontré dans un premier temps certains représentants avec lesquels nous avons des échanges privilégiés dans le cadre du groupe de travail. Puis, dans la mesure du possible, nous avons intégré à l'étude les principales institutions travaillant en lien plus ou moins étroit avec les services de santé.

Au fil des entretiens, les enquêté·e·s ont également pu nous conseiller de rencontrer de nouvelles personnes disposant d'une bonne connaissance du domaine de la recherche en services de santé et que nous n'avions pas encore identifiées.

Elaboration des guides d'entretien

Entretiens « chercheurs »

Lors des entretiens avec les chercheur·se·s, nous leur avons proposé de présenter leurs équipes, leurs orientations thématiques et leurs travaux de façon assez générale. Nous avons ensuite insisté sur certains points identifiés en amont :

- leur vision (et leur définition) du domaine de la recherche en services de santé
- la valorisation des travaux de recherche
- leur production de littérature grise
- la gestion de la pluridisciplinarité (au sein d'une équipe ou lors de la réalisation d'un projet)
- les liens éventuels avec les institutions
- les réseaux établis avec d'autres chercheur·se·s ou d'autres équipes de recherche

Certains points spécifiques ont pu être abordés avec quelques acteurs en particulier, par exemple pour avoir des précisions sur un projet donné ou sur une collaboration qui avait été repérée lors d'une phase de recherche précédant l'entretien.

Entretiens « institutions »

Cette deuxième série d'entretiens a été l'occasion de revenir plus largement sur les points suivants :

- la production de littérature grise (discussion à partir de travaux identifiés en amont)
- la réalisation (ou non) d'une veille thématique au sein de l'institution sur les questions HSR
- l'orientation thématique
- les besoins de l'institution en termes de connaissances sur les services de santé
- la communication à propos de ces besoins auprès des autres acteurs
- les profils et parcours des personnes produisant de la connaissance au sein de l'institution
- les relations avec les autres institutions
- les collaborations privilégiées avec certaines équipes de recherche

Dans l'ensemble, les entretiens ont ainsi permis de lever certaines zones d'ombre laissées par l'analyse bibliométrique (sciences humaines et sociales, littérature grise), mais aussi de détailler des points difficilement accessibles via notre requête et d'aborder des aspects plus qualitatifs tels que la nature des interactions entre les acteurs ou l'identification de certains blocages qui seront développés dans la partie **4.b).**

Conclusion

La méthodologie laisse encore entrevoir quelques limites pour ce qui concerne le choix des acteurs et leur représentativité. En effet, le fait de n'interroger qu'un petit nombre de personnes (voire une seule personne) par discipline ne permet pas d'avoir une vision très précise des travaux réalisés dans toutes les disciplines. De la même façon, plusieurs représentants d'une même institution auraient pu donner des retours assez contrastés et nous n'avons pas eu l'occasion de croiser les expériences et de confronter les points de vue. Réaliser un plus grand nombre d'entretiens aurait pu donner une grille de lecture plus fine, mais cela n'était pas forcément pertinent, d'autant plus que ce domaine est constitué d'une masse critique de chercheurs assez faible et qu'il évolue rapidement. Le but était ici plutôt d'obtenir une bonne vue d'ensemble du domaine et d'identifier les principales équipes de recherche actives en France sur la question des services de santé, ce que nous sommes parvenu-e-s à faire.

Des pistes d'ouverture seraient envisageables pour compléter ce qui a été fait, par exemple en élargissant à d'autres types d'acteurs non représentés ici : professionnels de santé, fédérations hospitalières, patients, associations, etc.

Résultats

Panorama des acteurs et des thématiques

Une production hétérogène et en développement

Une définition de la HSR doublement ambiguë

Lorsque l'on interroge des chercheurs ou des institutionnels à propos de la recherche en services de santé, on se trouve assez vite confronté à un problème de définition. Cette expression semble encore peu cadrée et il en ressort une double ambiguïté autour de ce que signifie « faire de la recherche », et de ce que cela représente de conduire cette recherche sur « les services de santé ». Comme cela avait déjà été abordé dans l'étude de la Cnamts de 2007, la notion de recherche repose sur l'idée de faire avancer les connaissances, d'une part ; mais suppose aussi de le faire dans une démarche inventive, d'autre part. Cette notion de démarche inventive et créative est bien perçue comme importante par les différents acteurs qui y voient une des frontières entre la recherche et l'expertise.

« Au départ on avait l'objectif de produire un indicateur, mais y a un moment où ça se généralise et ça s'instrumentalise. [...] Ensuite j'aurais pu faire tout ma vie, tous les indicateurs, un par un. Mais ça ne m'a pas passionné, ce n'est pas franchement de la recherche : c'est une compétence que l'on reproduit. Qu'est-ce qui est vraiment de la recherche ? De l'expertise ? », un chercheur en sciences de gestion.

Comme le souligne ce chercheur, un même processus (le fait de mettre en place un nouvel indicateur) peut relever plutôt de la recherche ou plutôt de l'expertise, en fonction de son caractère innovant ou répétitif. Il est dès lors compliqué pour les différents acteurs de savoir ce que signifie précisément « la recherche », notamment en comparaison avec l'expertise ou avec l'évaluation. Un autre problème survient à partir du moment où l'on comprend que ce domaine de recherche est particulièrement appliqué et en lien avec la décision. Il est donc relativement difficile de mettre en place des méthodes innovantes, qui supposeraient d'avoir la possibilité d'échouer, de « ne pas trouver ».

« On a de la peine à publier les résultats de cette étude... Les études négatives, on publie le protocole, des choses autour. », un chercheur en épidémiologie.

Les chercheurs sont contraints par leur nécessité de publier dans des revues internationales et insistent sur la difficulté d'y valoriser les études négatives, qui sont dans le même temps peu susceptibles d'intéresser les décideurs publics. Engager une démarche vraiment innovante devient alors un risque à prendre et peut représenter un fort investissement en temps qui ne se traduira pas toujours par de bonnes opportunités de publication.

Enfin, il persiste une ambiguïté sur ce que sont les services de santé. Si l'on reprend la définition disponible sur le site de l'OMS, on peut lire que « les services de santé comprennent l'ensemble des services ayant trait au diagnostic et au traitement des maladies, ou à la promotion, au maintien et à la

restauration de la santé »¹⁵. Cette définition est d'une certaine façon fédératrice puisque chacun peut s'y retrouver au travers des thématiques abordées, mais elle est aussi très large et floue ce qui rend difficile de s'appuyer sur elle pour structurer une communauté HSR.

Comme le montre la citation suivante, des points restent ambigus dans le périmètre de cadrage des services de santé :

« D'ailleurs les services de santé c'est aussi les EHPAD, hein. Je ne sais pas si vous avez pensé à ça, mais quelque part les maisons de retraite c'est aussi des services de santé. Enfin à vous de définir si c'en est vraiment, mais moi je pense que oui. », un chercheur en économie de la santé.

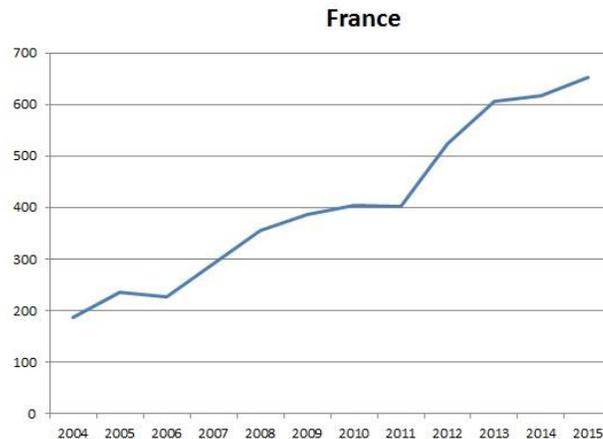
Après s'être beaucoup concentrée sur l'hôpital, la recherche en services de santé s'ouvre aujourd'hui de plus en plus sur d'autres formes de soins. Si les soins primaires et la question des parcours de santé semblent être au cœur des problématiques HSR, comme nous le verrons dans la partie **4.a)ii.**, une autre problématique de cette recherche est l'inclusion des thèmes relevant du médico-social.

¹⁵ World Health Organization, health services (2016)

Un domaine abordé depuis longtemps, mais toujours en filigrane

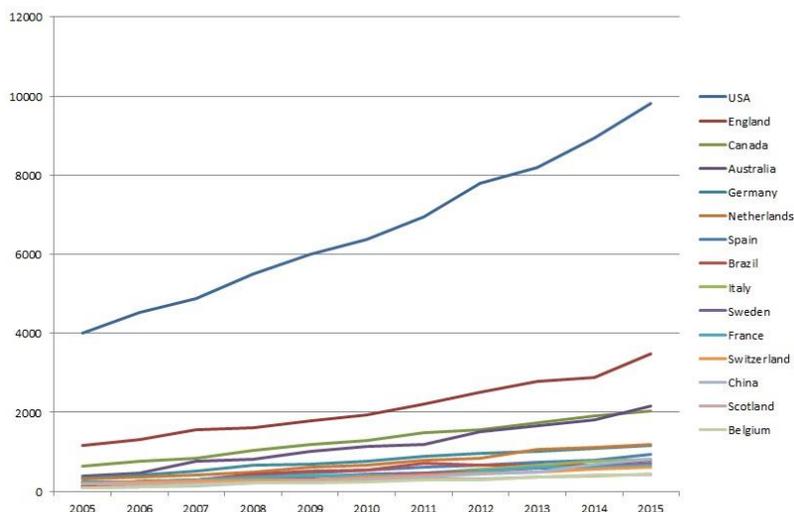
Difficile de dater l'émergence de la recherche en services de santé en France. Ce domaine de recherche semble à la fois avoir toujours existé et, dans le même temps, être sur le point de se constituer. Si l'on s'intéresse aux publications captées par notre requête ces dernières années, on constate une augmentation progressive du nombre de publications annuelles en France, passant de moins de 200 publications en 2004 à environ 650 publications en 2015 :

Evolution du nombre de publications "HSR" par année, en France entre 2004 et 2015



L'évolution est similaire chez les autres pays, avec une production nettement plus importante et en plus forte croissance pour les Etats-Unis, puis également pour le Royaume-Uni, le Canada et l'Australie. L'Allemagne et les Pays-Bas se maintiennent à une bonne place ces dix dernières années par rapport aux autres pays européens, et la France oscille entre la 8^{ème} et la 12^{ème} place mondiale.

Evolution du rang des principaux pays (pays publiant le plus) entre 2005 et 2015



Pour autant, l'expression « recherche en services de santé » n'est pas encore pertinente en France. Les chercheurs de toutes disciplines ne font quasiment jamais référence à ce mot-clé (que ce soit en anglais ou en français), même lorsque leurs publications s'inscrivent parfaitement dans le champ.

Même constat pour les institutionnels qui reconnaissent que ces questions sont des problématiques d'intérêt pour les institutions depuis très longtemps, voire dans bien des cas depuis la création de l'institution ; sans que l'expression « recherche en services de santé » soit véritablement utilisée – ni même bien comprise.

« C'est un sujet marginal en France, en particulier à la Cnamts. Il n'est pas identifié en tant que tel chez nous. On publie des études là-dedans, mais on ne l'appelle pas comme ça. », un représentant de la Cnamts.

Finalement les institutions, comme la plupart des chercheurs et chercheuses, passent directement au niveau des thématiques, sans les regrouper dans une catégorie « recherche en services de santé ». Cette absence d'identification du mot-clé HSR rend évidemment plus difficile la structuration d'une communauté d'acteurs autour de ce domaine de recherche et l'exercice de recensement des connaissances produites.

Une forte hétérogénéité de la connaissance produite

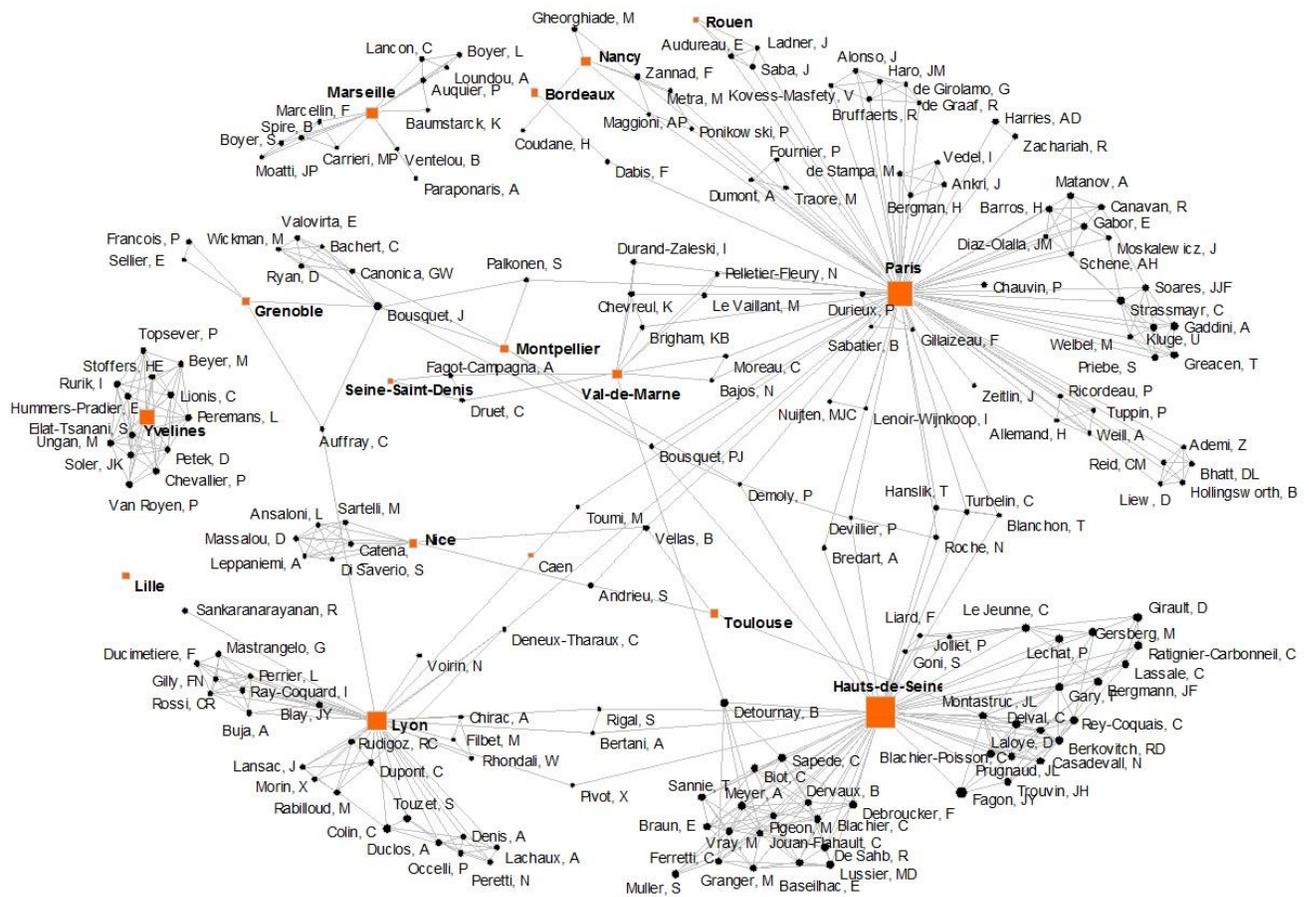
En plus d'avoir une frontière relativement floue, le domaine de la recherche en services de santé intéresse des acteurs très variés (décideurs, institutionnels, chercheurs, professionnels de santé, malades, grand public, ...). Aussi la production de connaissance peut-elle difficilement se résumer à la recherche académique et à la publication d'articles dans des revues à comité de lecture. Elle comprend aussi bien des articles parus dans des revues francophones de diverses disciplines à moindre impact factor, de la littérature grise sous la forme de rapports ou de synthèses, des guides pratiques à destination des professionnels ou des patients, voire même des textes de loi. Si la bibliométrie a plutôt révélé les articles valorisés dans des revues internationales, les entretiens ont montré l'importance de considérer toutes les formes de production de connaissance pour la suite de l'analyse, y compris celles n'étant pas purement académiques.

Les acteurs de la recherche en services de santé

Les chercheurs et le milieu académique

Quand on parle de producteurs de connaissance, on s'attend à aborder le rôle des chercheurs. En France, la recherche en services de santé a gagné du terrain ces dernières années. En effet, la Cnamts rapportait qu'il existait en 2007 « un socle significatif de recherche sur les services de santé, sociologie de la santé, politiques de santé et économie de santé en France, à travers des équipes dans les principales villes », mais le rapport précisait que ces équipes étaient souvent structurées autour d'un ou deux individus seulement. Ce socle significatif est toujours visible aujourd'hui et semble s'être étoffé, donnant aux équipes universitaires une meilleure visibilité, y compris à l'internationale.

Des pôles de production de connaissance sont visibles autour des principales villes de France, ils peuvent être mis en évidence par l'analyse bibliométrique qui révèle les réseaux d'auteurs, grâce au logiciel **RéseauLu**.



Mise en évidence des réseaux d'auteurs par le logiciel RéseauLu

Un pôle de production en Île-de-France

Comme on peut le voir sur la figure ci-dessus, l'analyse bibliométrique fait d'abord ressortir la région Île-de-France comme étant un important pôle de production de travaux en recherche en services de santé. Cela n'est pas surprenant et n'est certainement pas spécifique au champ de la recherche en services de santé. La forte activité de ces départements et leur proximité leur permet d'être relativement bien connectés, cela donnant lieu à quelques co-publications rendues visibles par RéseauLu. On remarque cependant que les Yvelines représentent un cas particulier, avec un réseau bien développé au sein du département mais sans lien apparent avec les autres départements ou avec Paris.

Paris, Lyon et Marseille : les trois villes françaises les plus actives sur la HSR

Si l'on adopte une analyse par ville, on voit ressortir trois pôles : Paris, Lyon et Marseille. En effet, sur un peu plus de 3000 publications recensées en France entre 2010 et 2015, près de la moitié (1471) revenaient à Paris, 347 à Lyon et 240 à Marseille¹⁶. Les entretiens confirment ces résultats : Paris, Lyon et Marseille sont repérées comme pôles de production de connaissance par la quasi-totalité des personnes interrogées.

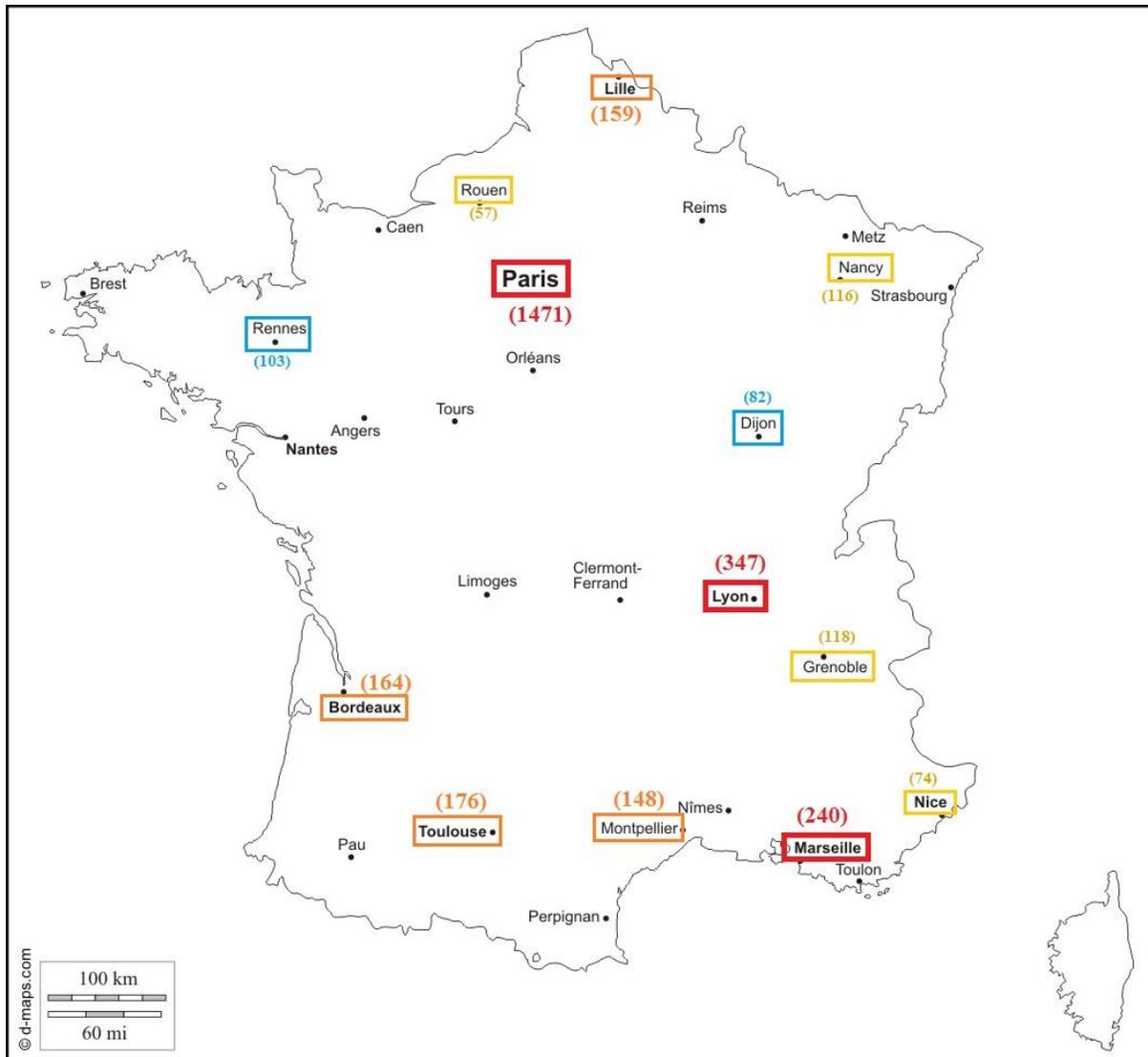
A Paris, une grande majorité des publications répertoriées (669) sont rattachées à l'APHP (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris). 455 sont rattachées à l'université PSL (Paris Sciences et Lettres) et 423 à l'Inserm. Les réseaux montrent que de nombreuses villes de France co-publient avec Paris. A Lyon, 148 publications sont rattachées à l'Université de Lyon, 129 au CHU lyonnais et 101 à l'université Claude-Bernard de Lyon.

A Marseille, 189 publications sont rattachées à l'Université d'Aix-Marseille, 96 à l'AP-HP et 88 à l'Inserm. On trouve ensuite 74 publications rattachées à l'Assistance Publique – hôpitaux de Marseille, puis 69 à l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement).

Les autres villes mises en évidence par l'analyse sur RéseauLu ont produit en moyenne une centaine de publications sur la période considérée. Ces résultats sont représentés sur la figure suivante qui reprend le nombre de publications par ville entre 2010 et 2015¹⁷.

¹⁶ Requête menée le 22 novembre 2016 sur le Web of Science

¹⁷ Requête menée le 23 novembre 2016 sur le Web of Science



- Nombre de publications (N) > 200
- 150 < N < 200
- 50 < N < 150 (villes repérées par RéseauLu)
- 50 < N < 150 (villes repérées lors des entretiens)

Nombre de publications par ville entre 2010 et 2015, à partir d'une requête conduite le 23.11.2016

L'analyse bibliométrique permet très difficilement de remonter à l'équipe de recherche car les indications d'affiliation sur le web of science ne sont pas harmonisées. Cela dit, si l'on croise ces résultats avec les propos recueillis à l'occasion des entretiens, on peut dresser une liste des principales équipes françaises.

Liste non-exhaustive des principales équipes françaises travaillant sur les services de santé

Cette liste n'est pas exhaustive mais elle met en évidence les équipes majoritairement identifiées par les personnes interrogées. Une liste plus longue des équipes de recherche en santé publique s'intéressant (même partiellement) à la recherche sur les services de santé est disponible en **annexe 2**.

Les informations suivantes ont été recueillies sur les sites internet des équipes et au moment des entretiens avec les chercheurs et les chercheuses. Certains compléments ont parfois été apportés à partir de la cartographie des équipes de recherche en santé publique (IReSP).

Equipe	Rubrique thématique	Objets d'étude
<p>L'Équipe d'Économie de la Santé (EES)</p> <p>(Equipe de recherche de l'UMR 1200 - Laboratoire d'économie de Dijon - LEDI)</p> <p>DIJON</p>	<p>Thème 1 : Evaluation et efficience Sous l'angle de l'évaluation économique, évaluation des organisations et des politiques publiques</p> <p>Thème 1 croisé avec la thématique de l'Innovation Evaluation des innovations, nouveaux programmes de santé, nouvelles structures</p> <p>Travaux sur la prévention</p> <p>Thèmes secondaires : Organisation des soins, qualité de vie, soins primaires – coordination ville-hôpital – réseaux de soins</p>	<p>Prévention / Médecine de premier recours / Incitations / Participation des acteurs aux objectifs de santé publique / Devenir des jeunes généralistes / Evolution des métiers</p> <p>Analyse des nouvelles formes de régulation (mises en place avec la régionalisation) / Coordination territoriale de l'offre de soins / Impact de nouvelles structures sur la qualité des soins et sur l'accès aux soins (réseaux de soins, maisons de santé, partenariat public-privé, télémédecine, coordination ville-hôpital) / Evaluation des programmes de santé régionaux / Diagnostic territorial (évaluation du programme régional de télémédecine, évaluation des programmes régionaux de prévention et éducation à la santé des jeunes)</p> <p>Santé au travail / Lien entre conditions de travail, stress professionnel et santé / Evaluation économique des mesures de prévention au travail</p>
<p>Management des organisations de santé (MOS)</p> <p>(Equipe d'accueil EA 7348)</p> <p>RENNES</p>	<p>Thème 1 : Evaluation et efficience Sous l'angle de la performance</p> <p>Thème 1 croisé avec la thématique de l'organisation des soins Performance hospitalière et performance des parcours</p> <p>Thèmes secondaires : Inégalités sociales de santé, innovation, prévention, hôpital, parcours</p>	<p>Gestion de la qualité / Gestion des risques (paiement à la qualité, usage des indicateurs, personnalisation du service, iatrogénie médicamenteuse) / Pratiques (gestion par pôles, marketing) / Modes de gestion des ressources humaines dans les équipes de soins</p> <p>Apport du marketing social pour améliorer l'efficacité des actions de prévention dans le parcours (tabac et alcool notamment) / Gestion et évaluation des parcours des patients / Rôles des nouvelles technologies / Analyse des parcours (contexte socio-économique) / Considération des inégalités de santé et liens avec le parcours</p>

<p>Santé publique et maladie chroniques : qualité de vie concepts, usages et limites, déterminants</p> <p>(Equipe d'Accueil EA 3279)</p> <p>MARSEILLE</p>	<p>Thème 1 : Qualité de vie Sous l'angle de la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique</p>	
<p>Laboratoire Educations et Pratiques en Santé (LEPS)</p> <p>(Equipe d'accueil EA 3412)</p> <p>BOBIGNY</p>	<p>Thème 1 : Patient</p> <p>Thèmes secondaires : Innovation (<i>changement de pratiques, changement du rôle des patients</i>), inégalités sociales de santé, organisation des soins, prévention, efficacité (<i>couplée à la question de l'équité</i>), soins primaires, parcours.</p>	<p>Health literacy / Prévention / Educations en santé / Analyse des pratiques / Soins de premiers recours / Réduction des inégalités / Pratiques coopératives innovantes / Efficience et équité des parcours /</p> <p>Education thérapeutique / EPSS (éducation à porter soins et secours) / Evaluation pédagogique des compétences des patients / Analyse des pratiques du patient / Changements de rôle des soignants</p> <p>Intelligibilité et observance des patients / Changement de statut et de rôle des patients / Empowerment des patients / Patients experts</p>
<p>Health Services and Performance Research (HESPER)</p> <p>(UMR 7425)</p> <p>LYON</p>	<p>Thèmes principaux : Patient/usager Performance de l'offre de soin</p> <p>Importance de la thématique de l'efficacité et de l'évaluation, à la fois de l'offre de soins, mais aussi des mesures et des méthodes.</p>	<p>Mesurer et développer des actions / Améliorer la sécurité des soins / Améliorer la performance des soins</p> <p>Mesurer les déterminants de l'adhésion du patient au système de santé / Mesurer les interventions pour améliorer cette adhésion / Mesure de l'impact du niveau de littératie en santé / Méthodes d'activation / empowerment des patients-usagers / Développement des systèmes d'aide à l'orientation des patients usagers</p>
<p>Chronicisation du risque santé, systèmes de soins et politiques publiques (CRISSPOP)</p> <p>(Equipe de l'UMR 912 - Sciences Economiques et sociales de la Santé et Traitement de l'Information Médicale - SESSTIM)</p> <p>MARSEILLE</p>	<p>Thèmes principaux : Evaluation et efficacité Observation des pratiques (des médecins généralistes)</p> <p>Développement d'outils et de méthodes, avec une approche « évaluation économique »</p> <p>Thème secondaire : dépendance des sujets âgés.</p>	

<p>Cancer et maladies chroniques : inégalités sociales de santé, accès primaire et secondaire aux soins</p> <p>(Equipe de recherche de l'UMR 1027 - Epidémiologie et analyses en santé publique : Risques, maladies chroniques et handicaps - LEASP)</p> <p>TOULOUSE</p>		<p>Inégalités sociales de santé / Analyses des événements depuis le début de la vie /</p> <p>Accès secondaire aux soins et inégalités</p> <p>Questions méthodologiques</p>
<p>Enjeux sanitaires et territoires</p> <p>(Axe de recherche de l'UMR 7533 - Laboratoire dynamiques sociales et recomposition des espaces)</p> <p>NANTERRE</p>	<p>Thème 1 : Inégalités sociales de santé</p> <p>Avec une approche géographique et sous l'angle des déterminants, des effets spatiaux et des jeux d'acteurs.</p> <p>Thèmes secondaires : Evaluation d'impacts, innovation, risques sanitaires, pays du Sud</p>	<p>Environnement-santé / condition d'émergence de maladies / occupation de l'espace / mesure multi-scalaire des risques sanitaires / gestion collective des risques / facteurs de distribution des maladies transmissibles qui touchent les humains et les animaux.</p> <p>Mutations spatiales et territoriales / Conséquences / Inégalités de santé / effets spatiaux, territoriaux, locaux / Jeux d'acteurs / Réseaux / Tissu associatif / Urbanisation / Mondialisation /</p> <p>Niveau local / Inégalités sociales et territoriales de santé / Aide à la décision / Politiques locales / Mesure d'impact des démarches / Co-production et partage de connaissances / Réduction des inégalités / Réussite et transférabilité des initiatives / Mise en place d'observatoires locaux de santé</p>
<p>Mesure et maladies chroniques</p> <p>(Equipe de recherche de l'EA 4360 - Maladies chroniques, santé publique et processus d'adaptation / Approches épidémiologiques et psychologiques - APEMAC)</p> <p>NANCY</p>	<p>Thèmes principaux : Evaluation des interventions en santé, prévention et promotion de la santé, méthodes (développement d'indicateurs, mesures)</p>	<p>Utilisation d'indicateurs complexes / Mesure de la santé perçue / Qualité de vie / Comportements déclarés / Méthodologie / Méthode d'adaptation culturelle / Méthode de réduction des questionnaires</p> <p>Evaluation des interventions en santé / Méthodologie / Stratégies d'intervention de promotion de la santé / Milieu scolaire / Prévention du surpoids et de l'obésité / Applications expérimentales / Inégalités sociales de santé / Applications observationnelles</p>

<p>Economie et management des organisations de santé (EMOS)</p> <p>(Equipe de recherche de l'UMR 1219 - Bordeaux Population Health Research Center - BPH)</p> <p>BORDEAUX</p>	<p>Thème 1 : Evaluation et efficacité Sous l'angle de la performance de l'organisation des soins</p>	<p>Améliorer l'efficacité de la prise en charge / Evaluation de la réforme du médecin traitant / Estimation des coûts privés et collectifs des différentes stratégies / Réponse des familles aux incitatifs économiques /</p> <p>Performance de l'organisation des soins / Soins innovants / télémédecine / Evaluation des filières de soins du point de vue "bien-être des patient" / Efficacité des prises en charge / Estimation de la consommation de soins /</p> <p>Performance des organisations à l'hôpital / Analyses quantitatives et qualitatives d'établissements de santé / Qualité et continuité des soins</p> <p>Accès financier aux soins / Non recours / Accès aux soins de la population étudiante</p>
--	---	---

Constats et évolutions au cours des dernières années

La plupart du temps, quand on s'éloigne de la région parisienne, une équipe (rarement plus) est identifiée dans chaque grande ville par l'ensemble des autres acteurs. Il ressort des entretiens que, pour cette liste restreinte, les équipes ne reposent plus uniquement sur un ou deux individus comme cela était mentionné dans le document de travail de la Cnamts en 2009. De la même façon, les personnes interrogées confirment qu'une grande partie du travail de ces équipes porte directement sur les services de santé, tandis qu'auparavant cette question était rarement centrale, mais représentait plutôt un axe particulier au sein de travaux plus larges sur la santé publique en général, voire de travaux dans la discipline qui ne portaient pas toujours sur la santé.

Si le rapport de la Cnamts mentionnait déjà des disciplines telles que l'épidémiologie, la sociologie, les sciences politiques et l'économie, on peut voir émerger de nouvelles disciplines qui se structurent et prennent plus de place, en particulier la géographie et les sciences de gestion. D'autres travaux en anthropologie, en philosophie ou en histoire sont menés en France, mais pour ces disciplines il reste difficile d'identifier des équipes directement centrées sur les « services de santé » - et non sur la santé en général. On repèrera plutôt un ou deux individus investis et reconnus dans le domaine (des chercheurs et chercheuses qui ne sont pas toujours attaché-e-s à une unique équipe).

Les rattachements disciplinaires des équipes les amènent souvent à aborder la recherche sur les services de santé plutôt sous tel ou tel angle. Par exemple, l'économie de la santé va souvent de pair avec les problématiques d'évaluation économique des dispositifs ou des politiques de santé ; les sciences de l'éducation avec la thématique du patient et de l'éducation thérapeutique ; les sciences de gestion s'intéressent à l'organisation des soins, mais aussi à l'évaluation et à la performance du système de santé. De plus en plus, les équipes en géographie de la santé donnent de la visibilité à la question du territoire, souvent sous le prisme des inégalités sociales de santé ou des déterminants, ainsi qu'à la recherche portant sur les services de santé en dehors de la France (en Afrique de l'Ouest et en Asie du Sud-Est). Enfin, les épidémiologistes peuvent aborder des thématiques variées, pouvant passer par une approche par pathologie, mais pas toujours. Ces rapprochements entre les disciplines et les objets d'étude sont bien sûr à nuancer, car bon nombre d'équipes participent à des projets pluridisciplinaires, en lien avec des équipes d'autres disciplines.

Certaines structures de recherche jouent un rôle particulier, c'est le cas de l'IRDES qui se distingue des autres équipes de recherche par son ancienneté et sa forte implication dans la production de littérature grise – ce qui contribue à renforcer le lien avec les autres institutions.

Le cas particulier de l'IRDES, un institut de recherche en lien avec la décision

Producteur de données et d'analyses en économie de la santé, l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) est un centre de recherche qui a pour objectif de contribuer à nourrir la réflexion de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir du système de santé. Multidisciplinaire, l'équipe de l'Irdes observe et analyse l'évolution des comportements des consommateurs et des producteurs de soins sous plusieurs angles (économique, géographique, médical, ...).

Créé en 1985 sous la forme d'une association loi 1901 au nom initial de Credes (Centre de recherche et documentation en économie de la santé) à partir de la division d'économie médicale du Credoc, l'Irdes,

après un changement de nom en 2004, se transforme en 2015 en groupement d'intérêt public (Gip Irdes). Le Gip-Irdes se positionne dans la continuité de l'association Irdes en produisant :

- Des publications scientifiques : recherche appliquée sur la performance du système de protection sociale sur les champs sanitaire et médico-social ;
- Des publications visant un public plus large, sous format court, destinées aux décideurs et aux acteurs du domaine sanitaire et social ;
- Des données d'enquêtes et des appariements de bases de données administratives et d'enquêtes, à destination de l'ensemble de la communauté scientifique.

Par rapport aux autres centres de recherche, l'originalité de l'Irdes se situe donc dans son rôle dans la production de données. Cette participation à la construction du système statistique d'observation s'appuie sur la réalisation d'enquêtes auprès des ménages (enquête santé et protection sociale), sur des enquêtes auprès des acteurs du système de soins (enquête auprès des professionnels exerçant dans des structures de soins pluri-professionnelles de proximité), et des enquêtes auprès d'entreprises (protection sociale complémentaire d'entreprise).

Ce travail de construction s'appuie également sur des appariements : appariements d'enquêtes avec des données administratives (enquête Care et Sniiram), appariements entre des bases de données administratives comme la base Hygie, élaborée à partir des données de la Cnamts et de la Cnav et prochainement élargie aux données du RSI et de la MSA, qui permet de traiter les thématiques santé-travail, appariements entre les données de l'assurance maladie publique et de l'assurance maladie privée (projet Monaco).

L'IRDES a été mentionné dans la quasi-totalité des entretiens menés – que ce soit avec des chercheurs ou avec des institutionnels. Ses travaux sont visibles par un grand nombre d'acteurs du domaine HSR, dont beaucoup en soulignent la qualité et la rigueur scientifique. Certains expliquent la qualité des travaux par les moyens dont dispose l'IRDES, et plus particulièrement par les liens étroits qu'il entretient avec la CNAMTS, ayant longtemps été son principal financeur. Un bémol a parfois été apporté au sujet de la valorisation internationale, suggérant un manque de visibilité des travaux de l'institut sur les grandes bases de données internationales de santé publique. Cela dit l'accessibilité et la lisibilité des documents produits a été soulignée, au moins pour ce qui concerne la France.

Les acteurs institutionnels

Certaines thématiques relevant du domaine des services de santé sont au cœur des préoccupations des institutions de santé publique. Dans l'ensemble, ces organisations s'y sont intéressées depuis leur création, puisque leurs principales missions concernent directement les services de santé. En revanche, l'expression « recherche en services de santé » n'est que très peu employée par ces acteurs, comme c'était le cas pour les chercheurs. Les institutions ne raisonnent pas nécessairement par disciplines, mais plutôt par thématiques d'intérêt – qui seront reprises dans la partie **4.a)iii**.

Toutes les administrations centrales de santé publique disposent d'un site Internet sur lequel elles mettent à disposition des utilisateurs les documents qu'elles produisent. Ces documents sont essentiellement des documents de littérature grise (des rapports, des avis, des guides). Ils sont classés par thématiques mais la thématique « recherche en services de santé » n'était jamais apparente en 2016.

En lien avec de nombreuses administrations dont il est partenaire, le GIS IReSP mentionne la « recherche en services de santé » sur son site internet, dans l'onglet dédié aux comptes-rendus des séances du groupe de travail HSR, ainsi que dans l'onglet recensant les appels à projets IReSP.

Les rapports produits par les différentes institutions peuvent être de nature variée et les agents qui les rédigent n'ont pas tous reçu la même formation, n'ont pas tous le même parcours. Certains d'entre eux ont une formation d'économistes ou de statisticiens (parfois de juristes), d'autres ont un profil plus administratif (c'est le cas des agents de l'IGAS, par exemple), ce qui a des conséquences importantes sur les réseaux qu'ils peuvent ou non tisser avec les autres acteurs du champ. Certains ont toujours travaillé dans le domaine de la santé ou des services de santé ; d'autres y viennent le temps d'une ou plusieurs missions, si leur institution est active sur plusieurs domaines (par exemple, la santé et l'organisation des soins ne représentait que 25% des missions de l'IGAS en 2014¹⁸).

Aucune des institutions auxquelles nous nous sommes intéressés ne dispose véritablement d'une cellule chargée de réaliser une veille thématique sur la question des services de santé, mais cela s'explique plutôt par un manque de ressources – en particulier un manque de ressources humaines dédiées à ces tâches. Parfois, des individus se chargent de cette tâche, mais de façon informelle.

« Moi je lis les articles dans le bus, personne ne me les fournit. Par contre dans d'autres institutions il y a un service de documentation, au moins sur les documents de langue française »,
une représentante institutionnelle.

A la différence des chercheurs, la plupart des institutions doivent articuler leur programme thématique autour de deux aspects : des thématiques propres qui peuvent être traitées sur le moyen ou le long terme, mais aussi des commandes ou des saisines nécessitant souvent d'être traitées sur le court terme, et pouvant à tout moment prendre le pas sur le programme propre.

Parmi les principales institutions de santé publique intéressées par la recherche en services de santé que nous avons pu identifier, figurent les suivantes :

¹⁸ Inspection Générale des Affaires Sanitaires, activité (2015)

- Les directions du ministère :
 - La direction générale de la santé (DGS)
 - La direction générale de l'organisation des soins (DGOS)
 - La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- La haute autorité de santé (HAS)
- L'inspection générale des affaires sanitaires (IGAS)
- L'assurance maladie (Cnamts)
- Santé Publique France (Rassemblant l'InVS, l'Inpes et l'Eprus)
- Les agences sanitaires (Anses, ANSM, etc.)
- Certaines agences régionales de santé (ARS)
- L'institut de recherche en santé publique (IReSP)

Les autres acteurs

Les chercheurs et les administrations centrales de santé publique sont les principaux producteurs de connaissance dans le domaine des services de santé en France, c'est pourquoi ce sont eux que nous avons choisi de cibler en priorité. Cependant, comme nous avons pu le voir, les services de santé peuvent difficilement être étudiés d'une façon complètement théorique et une partie de la connaissance produite est créée très en lien avec le terrain, parfois par d'autres acteurs. Les professionnels de santé jouent évidemment un rôle, car ils participent à la recherche de différentes façons. D'une part, ils ont souvent une fonction importante de contribution au recueil des données : on peut penser au rôle des médecins libéraux notamment dans la surveillance, avec l'exemple du réseau de surveillance de la grippe et le cas du Réseau Sentinelles, présenté aux Rencontres de Santé Publique France en juin 2016¹⁹ ; mais ils peuvent aussi participer au processus de production de connaissances en répondant à des enquêtes sur leurs propres pratiques, ou en observant les applications concrètes de dispositifs ou de politiques publiques sur le terrain – c'est le cas des pratiques préventives en médecine générale²⁰. De plus en plus, les médecins généralistes sont aussi directement acteurs de la recherche.

D'autre part, penser la recherche en services de santé implique de prendre en compte le point de vue des patients.

« Il y a des patients qui sont experts de leur maladie, de la vie avec la maladie, du fonctionnement du système de santé... Se passer des patients, c'est compliqué ! », un chercheur en éducation thérapeutique.

Plusieurs modes de participation des patients et des associations de patients à la recherche ont pu être abordés à l'occasion d'une session spéciale du groupe de travail HSR²¹ portant sur cette thématique. Il est clair que les associations de patients sont aujourd'hui porteuses d'une réflexion organisée, argumentée et structurée qui ne représente pas un point de vue étroit mais qui prend bien en compte d'autres facteurs, tels que la pertinence des actes ou les coûts. La contribution des associations repose aussi sur une forme de production de connaissances particulière, qui se fait au croisement entre des savoirs d'expérience et des savoirs plus académiques (pouvant d'ailleurs parfois être formalisés par des chercheurs).

La liste des acteurs serait encore longue : professionnels de santé, fédérations professionnelles, organismes internationaux, etc. Ce rapport met l'accent sur deux types d'acteurs, mais il est important de préciser que la recherche en services de santé se fait aussi en interaction avec tous les autres.

¹⁹ Les Rencontres de Santé Publique France (2016)

²⁰ Pratiques préventives et médecine générale, les Rencontres de Santé Publique France (2016)

²¹ Site de l'IRESP – Groupe de travail « recherche sur les services de santé »

A chaque acteur son type de connaissance ?

Il est sans doute important de préciser ici qu'il n'y a pas une opposition très franche entre « chercheurs et littérature académique » d'un côté ; et « institutionnels et littérature grise » de l'autre. En effet, les institutions valorisent parfois leurs travaux en publiant un article qui pourra être intégré dans une revue à comité de lecture. Inversement, de nombreux chercheurs consacrent une partie de leur temps (parfois la majeure partie de leur temps !) à la production de rapports ou d'autres éléments de littérature grise.

« Moi je trouve ça intéressant d'avoir cette double approche ! Parce que quand on travaille avec une institution, on a une approche qui n'est peut-être pas publiable, mais qui nous apporte autre chose. [...] Ça donne une expérience, une expertise, qui va me permettre ensuite de faire un travail de recherche. [...] C'est jamais du temps perdu. Ça prend énormément de temps mais ce n'est jamais du temps perdu pour la recherche ! On peut mieux comprendre ce qui se passe vraiment, et du coup, dans la discussion, on va mieux interpréter. », une chercheuse en économie de la santé.

De la même façon, les chercheurs et les institutionnels se rejoignent parfois sur des thématiques précises ou sur des projets (ponctuels ou non) sur lesquels ils travaillent ensemble. La plupart du temps, ces projets ne sont ni véritablement des projets de recherche académique, ni véritablement des rapports d'expertise. Dans l'étude de faisabilité d'implantation des centres régionaux de recherche et d'expertise en santé publique²² (CERReSP) publiée en novembre 2015, le terme « expertise académique » est utilisé pour nommer cette forme d'expertise réalisée par des chercheurs, en opposition à une « expertise non académique » réalisée par les professionnels non chercheurs.

Cette expression va bien dans le sens d'une production de connaissance scientifique de qualité, « ayant pour but d'éclairer le décideur et d'étayer sa prise de décision [...] en fournissant une interprétation, un avis ou une recommandation aussi objectivement fondés que possible, élaborés à partir de l'analyse critique des meilleures connaissances disponibles et de démonstrations argumentées sur des critères explicites »²³.

On voit bien que ces deux milieux (de la recherche et de la décision en santé) ne sont pas totalement hermétiques. Cela dit, de nombreux freins rendent difficile les échanges et créent un décalage entre les connaissances produites par les chercheurs et celles qui pourraient être mobilisées par les administrations. Ces freins seront développés dans la partie **4.b)** du rapport.

²² Cambon (2015)

²³ Décret n°2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique

Les thématiques de la recherche en services de santé : cartographie, mise à l'agenda politique et perspectives d'évolution

Les principales thématiques HSR

L'une des grandes attentes vis-à-vis de cet état des lieux était d'identifier les différents volets thématiques traités en recherche en services de santé en France, ainsi que les personnes qui s'y intéressent. Des réponses ont pu être apportées grâce à l'analyse bibliométrique, ainsi que lors des entretiens semi-directifs. Dans l'ensemble, on peut lister une dizaine de thématiques HSR qui sont ressorties des entretiens et de la littérature sondée :

- Patient – Education thérapeutique
- Organisation des soins et pratiques (à l'hôpital/hors hôpital)
- Prévention et promotion de la santé
- Etat de santé et qualité de vie des populations
- Performance, efficience, qualité des soins et évaluation des dispositifs et des politiques de santé
- Inégalités sociales de santé
- Approche par pathologie (cancer, maladies chroniques, Alzheimer, etc.)
- Approche par population (personnes âgées, jeunes, personnes vulnérables, personnes en situation de handicap, etc.)
- Innovations techniques et organisationnelles
- Questions méthodologiques
- Caractérisation de la recherche

Ces thématiques ne sont pas traitées de la même façon par les différents acteurs, les priorités des institutions n'étant pas forcément les mêmes que celles des équipes de recherche. Beaucoup des acteurs estiment manquer d'une vision globale permettant de repérer qui est actif et dans quel domaine.

Dans les paragraphes suivants, nous détaillerons les îlots thématiques émergeant de la littérature académique et révélés par l'analyse bibliométrique (plus particulièrement par le logiciel VOS Viewer) ; puis nous développerons les thématiques d'intérêt des institutions.

On remarque que certains des îlots correspondent à ceux identifiés au cours des entretiens. C'est le cas du premier îlot, « **organisation des soins et pratiques** » (dans lequel on retrouve toute une partie dédiée aux **Patients** – thème également identifié en entretiens); mais aussi du cinquième, « **inégalités sociales de santé** ». Dans le groupe concernant les inégalités, de nombreux mots-clés semblent se référer à la **santé mentale**. Le deuxième îlot avait été repéré au moment des entretiens comme un volet concernant l'évaluation de manière plus générale : « **performance, efficience, qualité des soins et évaluation des dispositifs et politiques de santé** ». L'analyse bibliométrique semble révéler que cette question est encore largement traitée par les acteurs français via le prisme économique.

La **santé sexuelle et la protection maternelle et infantile** semblent aussi former un groupe thématique important. Cela fait écho à une analyse bibliométrique publiée en 2007, observant une surreprésentation des maladies transmissibles et des conditions maternelles et périnatales – et en parallèle une sous-représentation des maladies chroniques – dans les publications scientifiques, par rapport à la charge représentée respectivement par ces différents types de pathologies²⁵. Ce cluster n'avait pas été beaucoup mis en évidence par les équipes de recherche en France métropolitaine ou par les institutionnels au moment des entretiens, à l'exception de l'IGAS qui en faisait mention. La périnatalité est aussi au cœur des travaux de certaines équipes dans des départements et régions d'outre-mer, comme le Centre d'Etudes Périnatales de l'Océan Indien (CEPOI), à la Réunion.

On voit aussi que dans cet îlot apparaissent de nombreux noms de villes et de pays africains (qui ne ressortent pas des autres îlots thématiques) : Malawi, Cameroon, Senegal, Mali, Ouagadougou, Nairobi, South Africa, Sub Saharian Africa, etc. Le fait que cet îlot ne soit pas ressorti au moment des entretiens pourrait dès lors s'expliquer par une confusion faite entre « recherche réalisée en France » et « recherche portant sur la France ». La requête sur le Web of Science ciblait bien toute la recherche conduite par des chercheurs avec une affiliation française, qu'elle porte sur la France ou sur d'autres pays (pouvant inclure par exemple des travaux sur le terrain en Afrique). Au moment des entretiens, cette nuance était sans doute plus difficile à percevoir et il est possible que, dans le cadre d'un état des lieux français, les personnes interrogées aient spontanément mis l'accent sur les travaux portant également sur le cas français. Ce biais peut aussi être expliqué par le choix des personnes interrogées et le fait que peu d'entre elles travaillent majoritairement avec ces pays (cela aurait pu être plus visible avec des chercheurs de l'IRD, par exemple).

Quant à l'aspect **vaccination** qui n'était pas ressorti clairement des entretiens, il est probable que les personnes interrogées l'aient inclus dans la partie concernant **la prévention et la promotion de la santé**. De manière générale, l'analyse bibliométrique ne révèle pas la prévention comme formant un îlot thématique à part entière, mais de nombreux îlots thématiques s'y réfèrent au moins partiellement (organisation des soins, santé sexuelle, inégalités sociales et santé mentale, vaccination).

²⁵ Grimaud, Devaux (2007)

Mots-clés associés aux îlots thématiques français

Pour chaque îlot thématique mentionné dans le paragraphe précédent, on peut dresser une liste de mots-clés correspondants, mis en avant par le logiciel VOSViewer. Ces associations sont reprises dans le tableau suivant :

Îlot thématique	Mots-clés (liste non-exhaustive)
Organisation des soins et pratiques (à l'hôpital/hors hôpital)	Health care organization ; professional ; framework ; solution ; concept ; hospital manager ; good practice ; customer ; facilitator ; platform ; professional practice ; orientation ; stakeholder ; autonomy ; technology ; practice ; regulation ; actor ; governance ; research agenda ; society
	patient ; patient information ; patient safety
Coûts et évaluation économique	Cost ; cost effectiveness ; economic evaluation ; economic impact ; direct cost ; payer ; health care cost ; cost saving ; overall cost ; treatment cost ; price
	Germany ; sweden ; united kingdom ; netherlands ; norway ; ireland ; belgium ; greece
	Monotherapy ; standard treatment ; alzheimer ; resource use ; hospitalization ; hypertension ; heart failure ; dementia
Hôpital	Hospital ; public hospital ; private hospital ; european hospital ; hospital stay ; stay ; length ; hospital discharge ; intensive care unit
	Mortality rate ; cause ; lower risk ; antibiotic ; treatment failure
Santé sexuelle / Protection maternelle et infantile	Hiv ; aids ; virus ; blood ; hiv testing ; human immunodeficiency virus ; couple
	Birth ; infant ; parent ; maternity unit ; maternal mortality ; maternal death ; pregnancy ; severe postpartum haemorrhage ; vaginal delivery ; newborn ; childbirth ; pediatrician
	Burkina faso, senegal, mali, malawi, ouagdoukou, nairobi, sub saharan africa ; south africa ; cameroon
	Free access ; discrimination ; payment ; national guideline ; exposure
Inégalités sociales de santé / Déterminants de santé / Territoires	Inequality ; social inequality ; health inequality ; inequity
	wealth ; income ; socioeconomic status ; female gender ; contextual factor
	space ; city ; density ; neighbourhood
Santé Mentale	mental health care ; mental disorder ; depression ; depressive symptom ; schizophrenia ; bipolar disorder ; antipsychotic ; psychotherapy ; mood
Vaccination	Vaccination ; vaccine ; wide range ; student ; university ; hpv ; hepatitis b ; immunization ; prevention strategy ; public health service

Comparaison avec les pays publiant le plus

En analysant les six pays publiant le plus (Etats-Unis, Royaume-Uni, Canada, Australie, Allemagne, Pays-Bas), on voit se dessiner quelques ressemblances, mais aussi des différences majeures avec le cas français.

Tout d'abord, on remarque que les îlots thématiques sont très clairement identifiés et séparés chez les premiers pays (Royaume-Uni, Canada). Ils ont des contours plus flous en Allemagne et en Australie, où les groupes concernant les coûts sont enchevêtrés avec d'autres groupes thématiques. En France, les groupes concernant les coûts, l'hôpital, les inégalités et la santé mentale, ainsi que la vaccination sont tous plus diffus et se rejoignent. Les secteurs thématiques sont moins précis, ce qui peut s'expliquer par l'émergence récente du champ HSR, son manque de structuration et sa faible masse critique.

Quel que soit le pays, l'îlot thématique le plus représenté est systématiquement celui qui concerne l'**organisation des soins**. De légères variations existent entre les pays. Pour l'Angleterre, le Canada et l'Australie, des mots-clés comme « nursing » ou « nursing practice » ressortent, alors qu'ils ne sont pas présents en France. Cela confirme les propos recueillis au moment des entretiens, présentant les sciences infirmières comme un champ émergent.

Les Pays-Bas font référence à plusieurs autres pays européens comme l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie ou la Norvège, ce qui pourrait être le signe d'une approche plutôt comparative et d'une recherche de modèles chez les pays voisins. Ils utilisent aussi des mots-clés tels que « dialogue », « trust » ou « good care » qui apparaissent moins chez les autres pays. Le Canada réserve une plus grande place à la thématique « HTA » (Health Technology Assessment) dans le groupe de mots-clés portant sur l'organisation des soins. L'Australie voit aussi se dégager un groupe important de mots-clés en lien avec la santé mentale. En Allemagne, un sous-groupe dédié aux aspects juridiques et éthiques se détache : « justice », « law », « party », « privacy », « dignity », « medical ethic », ou encore « euthanasia ».



Allemagne – Sous-groupe thématique portant sur les aspects juridiques et éthiques (VOSViewer)

L'îlot thématique « **coûts et évaluation économique** » est aussi très bien représenté entre tous les pays, en deuxième place (France, Royaume-Uni, Canada) ou en troisième place (Pays-Bas, Allemagne, Australie). La plupart du temps, ce groupe contient aussi des mots-clés en lien avec l'hôpital : « hospital », « hospitalisation », « stay », « hospital admission » - ceci est moins vrai pour l'Australie et l'Allemagne.

En Allemagne, le groupe thématique portant sur les coûts (en bleu foncé) semble être étroitement lié à un autre groupe de mots-clés portant sur les maladies cardiovasculaires (en violet).



Allemagne – Enchevêtrement des groupes thématiques portant sur les coûts et les maladies cardiovasculaires (VOSViewer)

La thématique des inégalités sociales de santé semble aussi très présente dans les pays publiant le plus. Elle porte sur des inégalités de genre (male, female, woman, gender difference, sex), de revenus (income, wealth) ou sur des inégalités ethno-raciales (ethnicity, refugee, racism). En France, elle représente seulement le cinquième groupe thématique en ordre d'importance, alors que dans les autres pays elle occupe la deuxième ou la troisième place (après l'organisation des soins et parfois après les aspects économiques).

Dans ce groupe de mots-clés, on retrouve aussi souvent des mots en lien avec la santé mentale (c'est le cas en France, en Allemagne, aux Pays-Bas, au Canada) ou avec la santé sexuelle et la protection maternelle et infantile (c'est le cas en Angleterre et en Australie).

Une approche hospitalo-centrée et du retard sur les aspects méthodologiques

Deux spécificités françaises sont plus particulièrement marquantes. D'une part, en France le thème de l'**hôpital** apparaît comme îlot thématique propre. Ce n'est pas le cas pour les pays publiant le plus, à l'exception des Etats-Unis (ces résultats sont à traiter avec précaution car l'analyse des données bibliométriques a été légèrement différente entre les Etats-Unis et les autres pays). Cela rejoint les réflexions du groupe de travail HSR qui avait d'ailleurs organisé un séminaire spécifique à ce sujet. Dans les autres pays, l'hôpital est présent mais il vient en lien avec d'autres mots-clés (notamment liés aux coûts pour le Canada et les Pays-Bas, par exemple); la France semble plus hospitalo-centrée, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'une très grande partie de la recherche en HSR est menée au sein des CHU et via un financement dévolu aux établissements.

Enfin, dans tous les pays publiant le plus, un îlot thématique entier est dédié aux **aspects méthodologiques** (souvent en quatrième place); mais ce n'est pas le cas en France. Cela avait pu transparaître au moment des entretiens, et il semblerait que la méthodologie soit délaissée aussi bien par les publications académiques (comme le montre notre requête) que par la littérature grise française. Les mots-clés relatifs à la méthodologie dans les autres pays sont les suivants : database, systematic review, grey literature, methodological quality, meta analysis, bias, data, quality evidence, comprehensive search, methodological issue, medline, embase, etc.

Il reste difficile de déterminer sans une analyse plus fine si ces mots-clés recouvrent de la recherche méthodologique à proprement parler, ou bien l'utilisation de ces méthodes dans la recherche appliquée.

On peut être surpris de l'absence de mots-clés comme « data » et « database » dans le cas de la France. Les entretiens pointent l'accent sur ces sujets (notamment le Big Data) comme étant des sujets d'actualité très importants. Il est possible, cependant, que les papiers publiés sur ces thèmes soient plus récents et ne soient pas encore identifiables via notre requête captant les publications entre 2010 et 2015.

L'organisation des soins, la prévention et la performance du système de santé : trois thèmes d'intérêt pour les institutions

Trois thèmes semblent particulièrement bien couverts par les principales institutions de santé : l'organisation des soins, la prévention et la performance du système de santé. Il est toutefois important de rappeler que les institutions sont souvent actives sur de multiples sujets thématiques – qui ne sont pas tous répertoriés sur leurs sites Internet. La partie suivante, si elle donne une indication de ces programmes, n'en fournit pas un compte-rendu exhaustif.

- **Organisation des soins**

L'Organisation des soins est une thématique d'intérêt pour bon nombre d'acteurs de la HSR en France.

La DGOS

Du côté des institutions, l'organisation des soins est une thématique d'intérêt pour l'une (au moins) des directions du ministère des affaires sociales et de la santé, la DGOS (direction générale de l'offre de soins). Historiquement, la DGOS s'est surtout intéressée à l'organisation des soins à l'hôpital, mais un virage a été pris ces dernières années et s'est confirmé en 2014. La DGOS était à l'origine du PREQHOS (programme de recherche en qualité hospitalière) entre 2007 et 2011, portant spécifiquement sur les leviers de la qualité et de la sécurité du système de soins. Depuis 2012, le PREQHOS est devenu le PREPS²⁶ (programme de recherche sur la performance du système de soins). Ce nouveau programme soutient des projets visant à l'amélioration de la performance du système de soins et s'est étendu en 2014 de l'hôpital à la ville, en identifiant les soins primaires comme une priorité. Après trois ans, notre interlocutrice constate qu'il est difficile d'insuffler une force vraiment pluridisciplinaire au PREPS et que les projets retenus dans ce cadre restent encore souvent « médicaux ». Elle précise que cela pourrait être amené à changer, notamment avec la nomination d'un nouveau président du jury, n'étant pas médecin lui-même.

La DGOS²⁷ s'intéresse aussi à d'autres axes complémentaires tels que la performance du système de soins, en lien avec l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). L'un des objectifs mis en avant consiste à développer l'information sur les droits en matière de santé et mieux prendre en compte la place des usagers au sein de l'offre de soins. La DGOS tend aussi à aborder la transformation numérique et digitale, en tant qu'innovation technique et organisationnelle, dans un souci de ne pas laisser le champ libre aux sociétés commerciales.

²⁶ Bilan à 3 ans du PREPS (2015)

²⁷ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, missions de la DGOS (2015)

L'IGAS

Le cas de l'IGAS est un peu particulier puisque la santé n'y représente pas un thème unique et central. En effet, l'IGAS a plusieurs missions qui étaient réparties²⁸ de la façon suivante en 2014 :

Champ/collège	Nombre de missions en 2014	%
Cohésion sociale	23	13
Protection sociale	31	18
Santé	42	25
Travail - emploi - formation professionnelle (TEFP)	27	16
Appui et conseil au management	47	28
	170	100

Répartition des missions de l'IGAS en 2014

En revanche, l'essentiel des missions « santé » de l'IGAS rentrent bien dans le champ de la recherche sur les services de santé (les objets d'études abordés en entretien ont été la médecine scolaire, la protection maternelle et infantile (PMI), les médecins traitants ou encore la taxe nutritionnelle). Les études publiées et utilisées par l'IGAS sont rarement médico-médicales et rarement centrées sur l'épidémiologie.

L'IGAS s'intéresse à l'organisation des soins et aux pratiques, mais aussi à l'évaluation des dispositifs et des politiques. Il est difficile de cibler précisément les thématiques traitées par l'IGAS, car une large place est attribuée aux commandes (ou saisines) ponctuelles qui peuvent prendre le pas sur le programme propre de l'institution.

Les ARS

Les ARS²⁹ ont aussi un rôle à jouer au niveau de l'organisation des soins. L'un des principaux enjeux pour ces agences régionales est de développer une vision plus large, plus globale de la santé. Dans cette optique, les ARS abordent l'organisation des soins sous l'angle du décloisonnement des parcours des usagers. Elles ont pour mission le pilotage de la santé publique, mais aussi la régulation de l'offre de santé, que ce soit dans le secteur ambulatoire (pour une meilleure répartition de l'offre sur le territoire), mais aussi dans le secteur hospitalier ou dans le secteur médico-social.

²⁸ Inspection Générale des Affaires Sanitaires, activité (2015)

²⁹ Agence Régionale de Santé – présentation générale (2016)

- **Prévention et promotion de la santé**

Santé Publique France

Santé Publique France est une agence nationale issue de la fusion de l'InVS, de l'Inpes et de l'Eprus en avril 2016. Parmi les missions de l'agence qui recouvrent le champ des services de santé, on peut surtout identifier la prévention et la promotion de la santé, complètement au cœur des thématiques de travail. L'agence s'intéresse en particulier à la prévention primaire, ce qui était déjà l'angle adopté par l'InVS et l'Inpes. A l'Inpes, le choix de se recentrer sur la prévention avait été une conséquence d'un manque de ressources humaines, forçant l'institut à se désengager de la thématique « Patient/éducation » qu'elle traitait initialement et qui a été partiellement reprise par d'autres acteurs, dont les ARS.

Sur le site Internet de Santé Publique France, la prévention est intégrée à l'un des axes thématiques (Axe 4 – Interventions et territoires), sous l'intitulé « Prévention et promotion de la santé dans les territoires et prévention médicalisée »³⁰. Elle est subdivisée en plusieurs unités : addictions, nutrition/activité physique, santé mentale, santé sexuelle, petite enfance, enfance, populations vulnérables et personnes âgées, risques infectieux et environnementaux.

La DGS

La DGS classe la prévention et la promotion de la santé comme un des trois thèmes principaux, avec la sécurité des patients et la qualité des soins. Certains des travaux de la DGS rentrent dans le champ de la recherche en services de santé, mais ce n'est pas le cas de tous, certains relevant plutôt de la santé publique en général. La DGS se distingue par une production qu'elle qualifie de « légistique » : produire des articles de loi, des textes de loi. Elle s'intéresse partiellement à l'organisation des soins et collabore généralement à cette occasion avec la DGOS.

Le HCSP

Le HCSP est le Haut Conseil de la Santé Publique, ayant pour but de fournir une expertise sur la gestion des risques sanitaires, la conception et l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire. Le HCSP s'organise en six commissions spécialisées et deux groupes de travail transversaux. Il travaille en lien étroit avec d'autres institutions, notamment la DGS qui est souvent à l'origine des saisines. Le volet « prévention » est traité dans le cadre de l'une des commissions spécialisées : Prévention, éducation et promotion de la santé³¹.

³⁰ Santé Publique France – Le programme prévention et promotion de la santé dans les territoires et prévention médicalisée. *Axe interventions et territoires*. (2016)

³¹ Haut Conseil de la Santé Publique. CSPEPS Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (2016)

- **Performance et évaluation des dispositifs et des politiques**

De nombreuses institutions suivent aussi de près les travaux en recherche sur les services de santé qui portent spécifiquement sur la performance du système de santé et l'évaluation des dispositifs et des politiques.

La DREES

La DREES est la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Elle a donc une fonction première de gouvernance des données de santé et de mise à disposition de ces données, mais elle se charge aussi de réaliser une expertise sur les données à des fins d'études et d'évaluations. Un bon nombre d'études de la DREES portent sur le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) en lien avec les parcours des usagers. La DREES réalise des évaluations d'expérimentations, parfois en collaboration avec des sociologues. Elle a notamment présidé un programme d'évaluation des projets pilotes PAERPA³², portant sur les parcours de santé des personnes âgées de 75 ans et plus, et a aussi pris part au panel d'observation³³ des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, en lien avec d'autres acteurs (dont les ORS et l'UMR 912 SESSTIM à Marseille).

La CNAMTS

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) définit les politiques de gestion du risque, avec une nécessité de concevoir des actions et d'être en mesure de les évaluer. Ses deux objectifs sont de faciliter les relations conventionnelles qu'elle entretient avec les acteurs libéraux (médecins, infirmières, etc.) et la maîtrise des dépenses de santé (définir où porter les économies / comment envisager la réduction des coûts / accompagner les transformations). Le but de la Cnamts étant majoritairement de travailler à la réduction des coûts, beaucoup des procédés d'évaluation auxquels elle prend part relèvent de l'évaluation économique et mobilisent l'économie de la santé et les statistiques. Les sujets traités par la Cnamts peuvent être extrêmement divers (exploitation des données du SNIIRAM, offre de soin, étude de populations, pharmaco-épidémiologie, BigData, ...) et ne rentrent pas toujours dans le domaine de la HSR.

La DGS et le HCSP

La DGS et le HCSP s'intéressent aussi largement à la performance du système de santé, à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Deux des commissions spécialisées du HCSP traitent de ces questions : la commission « Evaluation, stratégie et prospective », ainsi que la commission « Sécurité des patients ».

³² Parcours Santé des aînés. L'évaluation des projets pilotes Paerpa (2014)

³³ Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (2012)

Les évolutions constatées ces dernières années

La prise en charge d'une ou deux thématiques principales par chaque institution, telle qu'elle a été évoquée dans la partie précédente, est relativement stable dans le temps. Chaque institution est aussi intéressée en filigrane par des informations générales sur le système de santé, sur la santé publique et sur les déterminants de santé, sans que cela ne soit mentionné clairement ou n'apparaisse sur leurs sites.

Certains points ont tout de même évolué ces dernières années. La première remarque que l'on peut faire porte sur le recul de Santé Publique France sur **la thématique « patient/éducation »** qui avait été prise en charge par l'Inpes dans le passé – et qui a été partiellement investie par les ARS, en région.

Les inégalités sociales de santé représentent un thème récurrent dans les colloques et les événements en santé publique, en France et à l'étranger. Il apparaît désormais dans le programme thématique de Santé Publique France, au cœur de l'axe 1 – Déterminants de santé, sous l'intitulé « inégalités sociales et territoriales de santé ». On remarque que le terme « territorial » rattaché à cette question fait écho à la place de plus en plus importante accordée à la géographie de la santé dans ces travaux. Les inégalités sociales de santé sont aussi au cœur des thématiques d'intérêt des ARS. On peut noter que le HCSP a créé un groupe de travail transversal³⁴ spécifiquement dédié à ces questions, cherchant notamment à réfléchir à l'intérêt et la nature d'indicateurs pour mesurer les inégalités, ainsi qu'à la proposition de mesures concrètes pour les réduire.

La question de l'innovation technique et organisationnelle intéresse forcément les administrations centrales de santé mais est rarement nommée. Elle rejoint des travaux à la frontière entre l'organisation des soins et la question de la performance et de l'évaluation des dispositifs et des politiques de santé. Cette question a fait l'objet d'une séance du groupe de travail « recherche sur les services de santé ». On peut noter que le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) s'est beaucoup intéressé à l'Innovation dans le cadre du troisième point de son programme de travail : « introduction et diffusion du progrès médical dans le système de santé : impact organisationnel et économique »³⁵.

« le HCAAM n'a jusqu'à présent abordé ce sujet [de l'innovation] que par incidence, mais la thématique est présente dans la quasi-totalité des analyses du Haut conseil, notamment : l'innovation dans le secteur du médicament (rapport de 2006 sur le médicament) ; l'amélioration de la pratique médicale (rapport de 2007 sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux) ; l'efficacité du système hospitalier (rapport de 2008 sur la situation des établissements de santé) ; l'accessibilité financière des soins (rapport de 2011) ; prise en charge du progrès médical dans les domaines majoritairement couverts par les OC (rapport de juillet 2013) ; l'analyse prospective de l'évolution des dépenses de santé à long terme (étude et note de décembre 2013). », une représentante du HCAAM.

Ces approches « par incidence » ont finalement abouti à la réalisation d'un rapport « Innovation et système de santé » en novembre 2016.³⁶

³⁴ Haut Conseil de la Santé Publique. Groupe de travail transversal « Inégalités sociales de santé » (2016)

³⁵ Programme de travail du HCAAM (2014)

³⁶ Le rapport est disponible sur le portail du service public de la Sécurité sociale

On peut noter un changement dans la façon dont les institutions abordent ces thématiques de la recherche en services de santé. Au départ, le système qui prédominait était une approche par pathologie ou par population, cela transparaissant sur les sites Internet et la façon de rendre les informations accessibles :

« Avant on était dans des cases « pathologies » ou « secteur administratif » : les vieux, les handicapés ; en s’imaginant que les gens sont bien rangés. Mais ça crée des cloisons, et les gens qui pourraient coller dans deux cases... soit on les renvoie, soit on leur reproche de toucher les prestations en double. Le parcours, c’est résoudre ça. Moi je suis affolé de voir que l’on traite les parcours comme s’ils étaient juxtaposés, alors qu’ils se chevauchent. », un chercheur en économie de la santé.

Conscientes des limites de ce système, les institutions tendent désormais vers de nouvelles classifications, en croisant les informations et les regroupant sous la forme de thématiques transversales. Cela dit, l’approche par pathologie reste encore adoptée dans certains cas, souvent dans le but de mobiliser un financeur particulier centré autour de la pathologie en question (cela peut être le cas avec la thématique « cancer » et la thématique « handicap », par exemple).

Aucune institution ne semble réaliser de travaux concernant spécifiquement « la recherche sur la recherche ». Cet angle est cependant abordé par l’IRESP dans le cadre des réflexions du groupe de travail HSR et à travers la réalisation de cet état des lieux. Très peu de travaux semblent destinés aux aspects méthodologiques, comme cela sera confirmé par l’analyse bibliométrique.

Le processus de mise à l'agenda d'une thématique

Le processus de mise à l'agenda politique d'une thématique peut passer par plusieurs chemins. Dans un premier temps, beaucoup d'institutions ont un fonctionnement à deux niveaux : une partie des travaux répond directement à des saisines d'autres partenaires ou d'administrations de tutelle ; les travaux restants s'inscrivent dans un programme propre. Les différentes directions du ministère (DGOS, DGS, DREES) sont souvent saisies par le cabinet de la ministre, et le HCSP reçoit régulièrement des commandes provenant de la DGS. La HAS et l'IGAS ont aussi une forte part de leur activité qui répond aux saisines ; c'est moins le cas de la Cnamts ou de l'IRESP. Ce mode de fonctionnement est particulier puisque les sujets qui font l'objet de saisines sont souvent des sujets très ponctuels : lorsqu'un problème qui n'existait pas encore émerge, ou lorsque l'attention médiatique est braquée sur un thème donné.

« Y a la dynamique des « commandes cabinet », ou « commandes ministre », qui peut toujours prendre le pas sur n'importe quoi d'autre. Ça, c'est constant. Les politiques sont soumis à des échéances politiques, à des sujets qui font qu'ils peuvent être du jour au lendemain sur le devant de la scène (parce qu'un souci apparaît, ou une attention médiatique) », un représentant de la DGS.

Ces sujets exigent une réponse rapide qui relève plus de l'expertise que d'un véritable travail de recherche ; ils peuvent à tout moment reléguer au second plan les travaux menés par l'institution dans le cadre de sa programmation annuelle :

« Est-ce que la programmation annuelle passe après les commandes ? Y a ce danger, mais une grosse partie de l'activité va quand même là-dessus [sur la programmation annuelle]. Les saisines renvoient plutôt en région, sur un sujet un peu chaud, un sujet qui prend d'un seul coup une tournure politique... On retrouve plutôt santé-environnement ou maladies infectieuses. », un représentant de l'InVS (désormais Santé Publique France).

Il arrive cependant que les saisines portent sur un sujet de plus long terme, qui dépasse l'échelle du mandat du ou de la ministre.

Pour ce qui concerne la programmation annuelle, si les grands thèmes bougent peu au sein d'une même institution, les thématiques plus fines inscrites au programme sont déterminées par de petits groupes réunis en commissions spécialisées et sont validées par la direction générale. La plupart du temps, les sujets émergent par l'intermédiaire d'un petit nombre d'individus (parfois un seul individu) qui estiment avoir une bonne vision du champ, dans la mesure où ils l'observent, participent aux colloques, lisent les articles et les rapports qui paraissent.

« Y a un petit groupe qui relit tous les rapports pour faire du contrôle qualité et qui fait des propositions pour mettre au programme de travail. J'ai été président, maintenant ce n'est plus le cas. Moi j'ai essayé de faire passer des thématiques de rapports, et après c'est moi qui ai fait les rapports. », un représentant de l'IGAS.

Il n'est pas rare qu'un institutionnel fasse remonter une thématique qui l'intéresse et sur laquelle il travaille personnellement, les dynamiques individuelles semblent assez fortes et ne sont pas à négliger si l'on veut comprendre les orientations thématiques des administrations centrales :

« Pour ce rapport j'étais membre de la commission, c'est moi qui ai lancé l'initiative... En gros disons qu'on crée la demande, on est proactifs. Mais en même temps on ne le fait pas pour nous, on le fait parce que les agences en ont besoin. Moi c'est mon expérience en tout cas. », un représentant de l'ITMO Santé Publique.

Les partenaires peuvent aussi avoir une influence sur la programmation, mais cela dépend fortement des structures impliquées. Pour un organisme, le fait d'être financeur n'implique pas forcément d'avoir un rôle à jouer dans la programmation précise d'une institution, même si cela peut tout de même se passer de façon indirecte, puisque l'organisme financeur sera en principe présent autour de la table au moment de définir les priorités de programmation.

Les chercheurs, quant à eux, vont plutôt s'intéresser à des sujets qui représentent un enjeu pour leur discipline ou pour leur laboratoire, des sujets qu'ils pourront valoriser par des publications nationales et internationales ou encore des sujets qui leur assurent un financement intéressant. Les chercheurs travaillant sur des thématiques très précises sont souvent forcés d'élargir leur angle d'action en trouvant des objets d'étude transversaux. Le choix d'un sujet se fait rarement en fonction de ce qui est utile à la décision publique, tout simplement parce que les chercheurs admettent qu'ils n'ont pas une vision claire des besoins des décideurs – à l'exception peut-être des projets soumis à l'occasion d'appels à projets (PREPS, appels à projets IReSP, etc.).

Les chercheurs comme les décideurs constatent qu'il n'y a pas d'alignement des thématiques entre eux, ce qui est un des freins perçus pour l'émergence et le bon développement de la HSR en France. Cela s'explique en partie car l'interface entre chercheurs et décideurs est assez peu et mal structurée, comme nous le verrons dans la partie **4.b)ii**.

Les évolutions, effets de modes et perspectives

Bien que le milieu institutionnel et le milieu académique se rencontrent assez peu, on peut voir que les grandes rubriques thématiques (organisation des soins, prévention, performance, etc.) leur sont communes. Les objets d'étude peuvent varier dans le temps et être modulés par l'intérêt que leur porte l'ensemble de la communauté HSR. Régulièrement on peut voir émerger des sujets qui suscitent tout à coup un fort intérêt – souvent partagé à la fois par les chercheurs, mais aussi par les institutionnels. Certaines tendances générales sont visibles aussi bien dans la sphère de la recherche que dans celle des politiques publiques : par exemple, l'objectif de sortir progressivement la recherche en services de santé des hôpitaux, au sein desquels elle était d'abord cloisonnée. Bien qu'une grande partie de la recherche soit encore menée dans les CHU³⁷, de plus en plus d'équipes et d'institutions se tournent vers les soins primaires, puis progressivement vers le paramédical, tendant vers une vision plus décloisonnée des parcours des usagers.

Des thématiques sont prises en charge par tous les acteurs avec un intérêt assez fort, comme l'organisation des soins, l'évaluation des dispositifs et des politiques de santé, les innovations techniques et organisationnelles, etc. Certains thèmes transversaux font l'objet d'un intérêt poussé et vont donner lieu à des événements, à des colloques : c'est le cas des inégalités sociales de santé ou de la prévention

³⁷ Il est important de préciser ici que la recherche menée au sein des hôpitaux n'est pas forcément une recherche qui porte sur l'hôpital.

(sous l'influence des institutions concernées³⁸). Des thèmes sur lesquels il était très difficile de publier quelques années auparavant peuvent devenir porteurs, comme par exemple le concept de « health literacy » ou encore la « qualité de vie ».

« Pendant longtemps ça a été compliqué sur « quality of life », aujourd'hui c'est à la mode mais dans les années 90, pas du tout ! », Un chercheur en épidémiologie.

La montée en puissance de ces thèmes présente des avantages indéniables : elle leur donne une visibilité, permet de créer du lien entre les acteurs qui les traitent à l'occasion des rencontres ou des colloques, permet parfois de mettre en place des financements plus conséquents ou de publier dans des revues internationales. Les chercheurs mentionnent tout de même que les modes peuvent dans certains cas devenir des contraintes, en particulier des contraintes méthodologiques :

« Y a des modes... Par exemple : sur Alzheimer, en ce moment, il faut faire parler les malades. Moi je travaille depuis cinq, six ans sur Alzheimer, dès le départ j'ai essayé de faire ça. J'ai essayé quand c'était possible. Mais de là à ce qu'on ne puisse plus publier aujourd'hui si on n'a pas interrogé les malades... ça va, quoi ! En plus pour Alzheimer en fin de parcours c'est plus possible, donc y a plein de choses comme ça, c'est n'importe quoi. », une chercheuse en anthropologie de la santé.

Enfin, il est possible que ces sujets de mode le deviennent parce qu'ils ont été portés par une présentation inspirante lors d'un colloque, ou un article provocateur dans une revue³⁹. Il peut être compliqué de mettre en lumière des sujets plus terre-à-terre et qui se prêteraient mal à ce genre d'exercices communicationnels. On peut noter aussi que les « modes » sont relativement durables. Un chercheur ou une chercheuse ayant fait une présentation remarquable à un moment donné pourra continuer d'être sollicité-e à ce sujet, même des années plus tard. Cela dit, ceci n'est pas forcément spécifique à la HSR et l'on retrouverait probablement les mêmes dynamiques dans bon nombre de champs de recherche.

« Moi, ce qui m'a fait connaître, on voit bien comment ça marche, c'est le renoncement aux soins... Parce que c'est très à la mode, y a un effet de mode. C'était en 2011 et je continue d'être sollicitée là-dessus dans des tas de colloques ! », une chercheuse en anthropologie de la santé.

A l'inverse, d'autres sujets restent globalement peu exploités, parce que peu d'équipes sont mobilisées ou parce qu'ils sont compliqués à traiter. Lors des entretiens, les chercheurs ont identifié quelques thèmes qui mériteraient davantage de recherche comme la santé mentale ou les structures à la frontière de la HSR telles que les maisons de retraite. Le virage se fait progressivement mais cela peut prendre du temps, des chercheurs s'intéressent également à des populations qui étaient jusqu'ici peu étudiées parce qu'il était difficile de recueillir des données sur elles. Des travaux sont en cours à Bordeaux sur la population étudiante pour laquelle on ne dispose que de peu de données médicales et administratives (via les mutuelles étudiantes et l'observatoire de la vie étudiante). Ces travaux portent sur le renoncement aux soins des étudiants, la contraception ou les comportements à risque.

³⁸ Les rencontres de Santé Publique France (2016)

³⁹ Lemaitre, B. (2016)

Quelques sujets sont susceptibles de faire beaucoup de bruit dans les années à venir : beaucoup s'intéressent à la gestion des données en général (en particulier le big-data ou le traitement des données PMSI). La e-santé semble être au cœur des préoccupations des institutionnels comme des chercheurs, qui y voient une innovation technique mais surtout un bouleversement organisationnel, renversant les rapports existant entre les différents acteurs du système de santé (patients, médecins, infirmières, ...).

Les sciences infirmières et paramédicales semblent s'être largement développées ces dernières années. Si elles ne constituent pas une « discipline » à proprement parler en France, c'est déjà le cas dans d'autres pays, notamment au Canada où s'organisent des événements spécifiques, où l'on trouve des revues comme la Revue canadienne de recherche en sciences infirmières (Canadian journal of nursing research), ainsi que de nombreuses formations et des prix d'excellence dédiés à ces questions. En France, la première chaire de Sciences Infirmières se développe principalement autour du thème du patient, en lien avec le LEPS, et un prix national de recherche infirmière devrait bientôt être créé, comme cela existe dans de nombreux autres pays, afin de faciliter la valorisation individuelle des travaux des chercheurs et chercheuses (nationales et internationales), mais aussi la valorisation de la France à l'échelle internationale sur ce champ. Bien que la masse critique soit encore relativement faible, ces évolutions montrent bien que le champ de la HSR est voué à s'élargir progressivement (comme il l'a déjà fait en sortant de l'hôpital), pour s'intéresser au paramédical. Les sciences infirmières en particulier s'étoffent et se structurent en revendiquant une réelle légitimité, au même titre que la recherche médico-médicale, et le droit de s'appuyer sur des bases théoriques et méthodologiques qui leur sont propres et qui peuvent parfois différer des méthodes employées en épidémiologie.

Les freins perçus

Un domaine limité et mal compris

Faible masse critique et gestion des données

L'émergence récente (voire en cours) de la HSR en France est une des raisons principales qui explique son manque de structuration et freine son développement. La HSR n'est pas encore identifiée comme un domaine en tant que tel et cela a des conséquences concrètes : aucune banque de données française ne répertorie précisément la littérature en la matière, les informations sont ainsi plus difficiles à rassembler et se trouvent éparpillées sur les sites Internet des équipes de recherche et des institutions ; Par ailleurs, les chercheurs français constituent une faible masse critique et ils peinent encore à se faire une place sur la scène internationale.

« La principale difficulté c'est qu'on n'a pas de masse critique suffisante. En sociologie, sur les services de santé en particulier, on est mauvais... Y a des collègues dont on sait qu'ils ne font rien sur HSR, et d'autres pour lesquels on ne sait pas ce qu'ils font... », un chercheur en sociologie.

De plus, quand il s'agit des services de santé, la gestion des données peut s'avérer particulièrement problématique. Le recueil des données est souvent délicat pour plusieurs raisons : d'une part, parce que l'on peut avoir besoin de données qualitatives qui nécessitent de construire des questionnaires indirects pour récupérer une information, par exemple lorsqu'on s'intéresse à la qualité des soins ou à la satisfaction des patients.

« Sur les maisons de retraite, on n'est pas très bon non plus... J'aimerais bien monter des enquêtes, construire des observations. Mais c'est pas facile de demander aux petits vieux s'ils sont contents de la prise en charge, il faut construire des questionnaires un peu subtils, passer par d'autres indicateurs [en l'occurrence : la prise en charge bucco-dentaire] », un chercheur en économie de la santé.

D'autre part, parce que ce sont des données (qualitatives ou quantitatives) qui ne sont pas disponibles en un endroit précis, mais qui nécessitent de croiser des informations récupérées par plusieurs organismes ou plusieurs individus – c'est le problème principal que rencontrent les chercheurs qui travaillent sur les parcours des patients.

Enfin, parce que tous les acteurs n'ont pas un accès égal et systématique aux données produites par les autres acteurs. En particulier, certains acteurs médico-administratifs détiennent des données privilégiées dont l'accès peut être restreint aux chercheurs, dans le but de protéger des données personnelles ou des intérêts économiques.

S'ajoute à cela le fait qu'une fois les données recueillies, il faut souvent laisser passer du temps avant de pouvoir les exploiter convenablement :

« C'est dur d'avoir du recul sur les données, il faut attendre. Cette étude a donné lieu à beaucoup de publications, mais pas autant qu'on aurait voulu, parce qu'il a fallu attendre d'avoir du recul sur les données. », une chercheuse en économie de la santé.

Les chercheurs ne peuvent pas toujours se permettre ce délai puisqu'ils sont contraints par de fortes exigences en matière de publication.

Un champ mal compris par les instances d'évaluation

La majorité des freins perçus par les chercheurs français qui travaillent sur services de santé semble traduire une mauvaise compréhension du champ par ses propres instances d'évaluation (HCERES, anciennement AERES).

L'exigence de publier dans des revues internationales à fort impact-factor

Les chercheurs dénoncent tous un problème majeur dans l'utilisation de la bibliométrie comme outil premier pour évaluer les équipes. En effet, la recherche en services de santé n'est pas un domaine de recherche comme les autres et les personnes qui s'y intéressent doivent combiner deux objectifs distincts : apporter une contribution en vue de l'amélioration du système de santé, tout en menant à bien leur propre carrière individuelle. Le fait que les chercheurs soient évalués sur les articles qu'ils publient et leur capacité à les valoriser en anglais et dans des revues internationales à impact-factor élevé rend très difficile l'accomplissement simultané de ces deux objectifs.

Pour avoir un impact concret sur le système de santé, les chercheurs doivent tout d'abord travailler en lien avec les décideurs politiques qui lisent rarement les papiers publiés dans ces revues, leur préférant les articles publiés dans de plus petites revues francophones, voire des rapports en français produits par d'autres administrations centrales. Il y a un décalage entre les acteurs à qui souhaitent parler les chercheurs, et ceux à qui ils sont obligés de s'adresser s'ils veulent accomplir leur carrière individuelle :

« C'est difficile, déjà, de publier dans Santé Publique. Mais ça ne vaut rien ! Ca vaut rien parce que c'est français. Mais si vous voulez... Moi, mon monde d'acteurs, c'est pas l'Amérique... », un chercheur en éducation thérapeutique.

Ensuite, pour être pertinents sur leurs thématiques, beaucoup de chercheurs choisissent de travailler à l'échelle nationale – parfois même à plus petite échelle, au niveau d'une région ou d'une municipalité. Ces travaux sont donc nécessairement contexte-dépendants et ils en deviennent plus difficiles à valoriser dans une revue internationale, comme le raconte cette chercheuse :

« Moi par exemple je travaille beaucoup sur les CMU. Y a plein de questions qui se posent ailleurs, avec les Etats-Unis, autour des dispositifs pour les personnes plus pauvres. Et donc les questions françaises, la façon dont on gère les choses et ce que ça produit dans le système de soins, ce serait très intéressant à comparer ! Mais si vous avez un comparatif avec des événements descriptifs, on n'a plus la place [dans un article], parce qu'il faut déjà expliquer le système français. », une chercheuse en anthropologie de la santé.

Certaines disciplines des sciences humaines et sociales sont désavantagées par l'exigence de publier en anglais, la traduction pouvant entraîner une perte dans la finesse du contenu. En anthropologie, par exemple, traduire en anglais une expression déjà traduite depuis un langage parlé est un exercice délicat. De la même façon, il est plus difficile pour ces disciplines de rentrer dans les cadres plutôt rigides des contraintes normatives qu'il faut adopter pour publier dans les grandes revues de santé publique :

« Quand on publie en anthropologie ou en sociologie, c'est très compliqué de publier dans une revue de santé publique, parce qu'on ne rentre pas dans les clous des normes d'écriture. Par exemple, présenter « introduction – état des lieux – méthode », O.K. Mais ensuite, on doit écrire le recueil des données, puis la discussion. En sciences sociales les deux sont imbriqués, et parfois même avec les méthodes. », une chercheuse en anthropologie de la santé.

On peut aussi rappeler à quel point il est difficile pour les chercheurs de valoriser la connaissance qu'ils produisent sous forme de littérature grise, celle-ci étant très mal captée par les analyses bibliométriques. Certains d'entre eux trouvent un moyen de combiner ces dichotomies (« littérature académique / littérature grise » et « valorisation internationale / pertinence à l'échelle du système de santé français »), par exemple en problématisant des cas locaux sous la forme de questions plus globales qui sont pertinentes pour une discipline, ou bien en considérant que les travaux de littérature grise apportent une valeur ajoutée aux discussions proposées dans les articles académiques. Cela dit, beaucoup d'entre eux soulignent qu'il est compliqué et très chronophage d'être actif sur tous ces tableaux à la fois.

Vers une nouvelle forme de pluridisciplinarité

Un autre point qui a pu être mis en évidence au moment des entretiens est la difficulté de constituer une équipe pluridisciplinaire pérenne. La recherche en services de santé est un domaine de recherche intrinsèquement pluridisciplinaire, posant des questions complexes et transversales auxquelles aucune discipline ne pourrait répondre de façon complète, seule. Les différents acteurs en ont conscience d'ailleurs : aussi bien les chercheurs qui sont désireux de travailler avec d'autres équipes, que les décideurs qui sont de plus en plus à la recherche de ces contenus, de ces connaissances transversales.

En théorie, les instances d'évaluation encouragent bien la pluridisciplinarité, mais deux constats peuvent être faits : d'une part, lorsqu'une équipe tente d'être pluridisciplinaire, elle se le voit souvent reprocher comme représentant un « manque de cohérence » ou une « dispersion » ; d'autre part, si un chercheur décide d'aller travailler avec une équipe majoritairement constituée autour d'une autre discipline que la sienne, il aura beaucoup de mal à être reconnu par ses pairs. Il prendra aussi le risque de passer à côté d'opportunités de publication, puisque beaucoup de chercheurs valorisent leurs articles dans des revues de leurs disciplines, en plus des revues plus généralistes de santé publique.

« Le monde de la recherche fonctionne avec ses thématiques, ses publications et la hantise de l'évaluation quadriennale qui va encore me dire : « vous vous êtes trop dispersés » ou « vous n'êtes pas au niveau interplanétaire, donc c'est fini, vous disparaîsez » ! », un chercheur en éducation thérapeutique.

Ainsi, dans le domaine de la recherche en services de santé en France, on assiste à la mise en place d'une nouvelle forme de « pluridisciplinarité ». Les équipes sont majoritairement disciplinaires (centrées autour d'une discipline unique comme l'économie, les sciences de gestion, l'épidémiologie, la géographie, etc.) et les chercheurs doivent d'abord faire leurs preuves dans leur discipline avant de pouvoir tendre vers la pluridisciplinarité. En effet, il leur faut d'abord qu'ils se soient consacrés à leurs carrières de chercheurs ou de chercheuses afin de disposer d'une légitimité suffisante pour être dans le même temps reconnus par leurs pairs, et capables de travailler avec des chercheurs d'une autre discipline.

« On peut avoir des équipes « en soi » interdisciplinaires, c'est-à-dire qui incluent des philosophes, des économistes, des sociologues, etc. Moi j'ai une conception radicalement différente, je pense que pour travailler ensemble, il faut que les gens soient excellents dans leur discipline, reconnus par leurs pairs, et qu'ensuite on travaille sur des projets communs. Pas seulement un projet de recherche, mais éventuellement une continuité de projets. L'idée étant que pour que le sociologue soit reconnu par les pairs, pour qu'il soit au meilleur de ses compétences, il doit évoluer, pour moi, dans un laboratoire de sociologie. », un chercheur en épidémiologie.

Les normes de publication dans les revues rendent aussi difficile la valorisation de travaux pluridisciplinaires avec des méthodes mixtes. Bien que la tendance soit à encourager les travaux de recherche mêlant à la fois du quantitatif et du qualitatif, les exigences normatives sont plus adaptées aux résultats quantitatifs. Cela entraîne parfois une mobilisation partielle relativement maladroite des disciplines des sciences humaines et sociales comme l'anthropologie ou la sociologie, par exemple en amont (pour construire un questionnaire qui permettra de recueillir des données quantitatives) ; ou en aval (pour fournir une interprétation aux données recueillies). Ces travaux peuvent être qualifiés de « pluridisciplinaires » mais les chercheurs et les chercheuses des sciences humaines et sociales regrettent que leurs disciplines y soient mobilisées en tant que disciplines complémentaires, mais pas forcément au cœur des études.

Entre le milieu académique et le milieu institutionnel : une interface complexe et peu structurée

Une interface compliquée avec la décision et une absence d'alignement des intérêts

En théorie, les liens entre les décideurs et les chercheurs qui s'intéressent aux services et aux systèmes de santé devraient être relativement forts et structurés. En effet, la HSR est un domaine intrinsèquement lié à la décision publique, que certains acteurs vont jusqu'à définir comme étant « le champ des sciences administratives » :

« On appelle ça « recherche » mais longtemps c'était produit – et ça reste encore produit – par les grands corps de l'Etat sous la forme de rapports. C'est l'introduction d'une rationalité de gestion dans la décision, fondée sur des preuves ou des approches rigoureuses, qu'on appellera « scientifiques », pour conduire la politique publique. », un représentant de l'IRDES.

En interprétant cette définition proposée, on pourrait s'attendre à ce que les grands corps de l'Etat fassent ce travail de « rationalité de gestion » en s'appuyant sur des « preuves ou approches rigoureuses » qui correspondraient à des résultats de recherche. Les liens entre chercheurs et décideurs seraient dès lors nécessaires et constants dans le processus de production de connaissance sur les services de santé, et d'application de ces connaissances dans la décision publique.

Dans la réalité, ces échanges ne se font pas systématiquement et cela peut s'expliquer par de multiples facteurs. Si les thématiques traitées par les acteurs académiques et institutionnels se rejoignent parfois, les façons de les traiter peuvent être très différentes : angles d'approche, aspects disciplinaires/pluridisciplinaires, échelle de temps très courte pour les décideurs publics et plus longue pour les chercheurs, travaux francophones/travaux en anglais valorisables dans des revues internationales, etc. Les disciplines relevant des sciences humaines et sociales comme l'anthropologie ou la sociologie semblent encore plus difficilement compatibles avec les objectifs des décideurs, de par leur nature plutôt mixte ou qualitative, quand les acteurs publics cherchent des chiffres sur lesquels s'appuyer. De plus, les personnes travaillant dans les institutions ont rarement un parcours très proche de la recherche. C'est le cas de certains, mais la plupart d'entre eux ont un profil administratif plus généraliste (ENA), ou une spécialité dans un domaine (économistes, statisticiens, médecins) sans être passés par le stade de chercheurs ou chercheuses. Cela rend plus difficile les échanges puisque les langages sont différents, ainsi que les modes d'expression et les contraintes normatives.

« Chez nous en France, le discours public sur la santé, y a très peu de contrôle savant sur son développement. Pour moi ça s'explique par le fait que c'est la corporation à laquelle j'appartiens, les énarques, qui est au cœur du dispositif public. A l'ENA on n'apprend pas à lire des papiers scientifiques. », un représentant de l'IGAS.

Enfin, certains institutionnels français disent s'appuyer sur des résultats de recherche de chercheurs étrangers, car les équipes de recherche françaises en HSR sont encore peu nombreuses. Dans quelques domaines particuliers comme la prévention, s'intéresser aux travaux étrangers peut avoir un sens, par exemple dans l'étude de nouveaux dispositifs de prévention qui ont déjà été mis en place dans d'autres pays et dont on cherche à tester l'éventuelle implémentation en France. Cela dit, les décideurs admettent dans le même temps qu'ils n'ont qu'une faible visibilité sur les travaux français.

Une recherche académique et une expertise institutionnelle ?

Finalement, il semblerait que les institutions aient un besoin de connaissances qui ne représentent pas vraiment (ou pas seulement) des résultats de recherche ; dans l'ensemble, elles ne se tourneront donc pas en premier lieu vers les équipes de recherche. D'abord, certaines institutions sont elles-mêmes productrices de savoirs – qui sont différents de ceux produits par les chercheurs. Si une institution a besoin de répondre à une question donnée (soit une question qui l'intéresse et qu'elle a inscrite à son programme propre, soit une question qu'on lui a posée par l'intermédiaire d'une saisine), alors elle peut choisir d'y répondre par ses propres moyens, avec ses propres méthodes. Ces travaux donnent souvent lieu à une production de connaissance sous forme de littérature grise, essentiellement des rapports (cela peut être le cas de l'IGAS, de la Cnamts, mais aussi de directions du ministère comme la DREES). Elle peut aussi s'appuyer sur les travaux réalisés par d'autres institutions qui parlent le même langage et écrivent selon les mêmes normes qu'elles, contrairement aux chercheurs. Enfin, elle peut solliciter l'avis d'experts – qui peuvent être des chercheurs mais n'en sont pas toujours, ou de comités d'experts. Travailler avec une équipe de recherche représente de nouvelles contraintes : identifier les personnes compétentes sur la thématique d'intérêt, parvenir à les mobiliser sur cette thématique qui n'est pas toujours compatible avec leur carrière individuelle, dépasser la barrière des langages, obtenir une réponse dans un délai court, ...

Cependant, travailler avec des équipes de recherche permet d'ouvrir ces questions et d'offrir une « expertise plus publique, plus discutable »⁴⁰, ainsi que d'optimiser les ressources matérielles, humaines, scientifiques et méthodologiques. On rejoint la notion « d'expertise académique » abordée dans la conclusion de la partie **4.a)ii)** de ce rapport.

La proposition de créer des CERReSP (centres régionaux d'expertise et de recherche en santé publique) s'appuie sur ce constat. Ces centres permettraient « de structurer et d'opérationnaliser une plus forte connexion entre chercheurs, acteurs et décideurs »⁴¹, en développant « des espaces de recherche de santé publique, dimensionnés pour être en mesure de répondre aux décideurs ». Cela semble effectivement répondre à un besoin concret, souligné à nouveau par cette étude, qui dépasse d'ailleurs le cadre de la recherche en services de santé et vaut de manière assez générale pour les recherches menées en santé publique.

⁴⁰ Propos rapportés en entretien par un représentant de l'IRDES

⁴¹ Cambon, L. (2015)

Un certain nombre de liens informels et individuels

Il serait incorrect de dire que les milieux institutionnel et académique en HSR sont totalement imperméables et qu'il n'existe aucun lien pour les rassembler. En réalité, les ponts existent, mais la plupart du temps ils se font de façon informelle et sont créés directement par et entre les individus.

D'une part, les événements HSR (colloques, workshops, journées scientifiques) sont des lieux où vont régulièrement se retrouver les décideurs et les chercheurs. Ces événements sont souvent organisés par les institutions, qui invitent des intervenants dont beaucoup appartiennent au monde de la recherche. Un certain nombre de personnes (des deux côtés) participent à ces événements et en apprécient le contenu, même si certaines (plus rares) ne s'y rendent plus en expliquant qu'elles ont le sentiment que le réseautage passe parfois avant la qualité scientifique de ces journées.

Les échanges peuvent aussi avoir lieu au niveau des conseils scientifiques et des commissions. Parmi les chercheurs ou chercheuses interrogé·e·s, beaucoup entretiennent ou ont entretenu des liens privilégiés avec une institution parce qu'ils ou elles faisaient partie de ces groupes. Certaines collaborations naissent de propositions faites dans ces cadres, directement par les chercheurs et chercheuses concerné·e·s.

Enfin, certains chercheurs ont pu effectuer un passage au sein d'une institution au fil de leurs parcours. Ces moments sont l'occasion de créer des liens individuels avec des membres de l'institution, qui faciliteront les échanges futurs – on retrouve la même chose pour ce qui concerne les liens entre équipes de recherche, lorsqu'un chercheur quitte une équipe pour en rejoindre une nouvelle mais qu'il garde des liens avec son ancienne équipe.

D'autres collaborations peuvent venir directement d'une initiative de l'institution qui a besoin de compétences scientifiques sur une thématique précise. Elle va alors elle-même se tourner vers un chercheur qu'elle a identifié comme étant le chercheur de référence sur ce sujet. Ces démarches sont très thématiques-dépendantes et les chercheurs sont souvent repérés parce qu'ils sont connus (soit personnellement par une personne travaillant dans l'institution, soit parce qu'ils ont réalisé des interventions à l'occasion de colloques). Pour résumer :

« Les ponts avec la recherche, c'est variable et c'est essentiellement de l'informel. Par exemple, on veut faire un papier sur un sujet, on va dire : tu connais pas un chercheur qui travaille là-dessus ? C'est de l'informel. Ou des fois les chercheurs viennent nous voir avec un sujet qui pourrait nous intéresser, on travaille un peu ensemble dessus. », un institutionnel.

Cela a souvent pour conséquences la création d'une petite communauté de chercheurs qui ont été repérés par les institutionnels, avec qui les échanges sont plus simples, qui sont reconnus comme légitimes et crédibles par l'ensemble de la communauté HSR. Le problème avec cette méthode de sélection informelle et interpersonnelle est qu'elle laisse peu de place aux chercheurs moins connus des institutionnels et n'ayant pas encore présenté leurs travaux lors des événements de santé publique – et forcément peu de place aux jeunes chercheurs.

Parfois, les interactions peuvent aussi se produire dans l'autre sens, à l'initiative des chercheurs. Lorsqu'un projet de recherche a obtenu des résultats intéressants, les chercheurs peuvent alors solliciter

une institution pour voir si le projet peut être généralisé, étendu. Là encore, cela a très peu de chances de se produire lorsque les chercheurs n'ont à l'origine aucun contact personnel avec les institutions :

« Petit à petit le projet a eu du succès, moi je ne suis pour rien dans l'histoire mais quand je suis arrivé je suis allé en parler à des gens que je connaissais à la DREES, ils étaient prêts à aider à sa généralisation. Je venais de Paris donc je connaissais pas mal de gens de la DREES, j'avais travaillé avec eux auparavant. », un chercheur en économie de la santé.

Dans l'ensemble les collaborations peuvent venir des deux côtés mais elles sont souvent à l'initiative des institutionnels et se font de façon locale, ponctuelle et entre personnes qui se connaissent déjà. Elles ne sont ni systématiques ni institutionnalisées.

L'absence de liens systématiques entre les institutions de santé publique et les chercheurs

Les institutions de santé publique en France, produisent des connaissances qui ne s'appuient pas forcément sur des résultats de recherche et peuvent même être complètement déconnectées du monde académique. Certains institutionnels sont les premiers à s'en étonner, en particulier s'ils cherchent à établir des comparaisons avec d'autres pays, et cherchent parfois à impulser ou encourager ces dynamiques, dans le but de confronter les savoirs produits à des « publications scientifiques distanciées », conscient que les institutions ne représentent pas des lieux de neutralité absolue.

« Moi ce qui me frappe c'est qu'entre le milieu institutionnel (tout ce qui participe à la définition des politiques publiques en santé) et la recherche, les liens sont beaucoup plus distendus en France que dans les autres pays. Quand on voit un papier qui émane du « Department of Health » anglais (en général c'est un rapport) : vous avez quarante références de publications scientifiques. [...] Un ministre anglais dit « la prévention est efficace » et il a je ne sais combien de références, bon je ne sais pas s'il les a lues, mais l'équipe autour de lui les a lues avant de lui faire dire « la prévention est efficace ». », un représentant de l'IGAS.

En France, beaucoup de conclusions que l'on peut lire dans les rapports de littérature grise émanant des institutions s'appuient sur d'autres formes de savoirs : une expertise interne, une expertise externe, voire un recueil d'expériences. Cela s'explique en partie parce que les acteurs institutionnels n'ont pas toujours eu un parcours tourné vers une recherche systématique de la preuve scientifique. D'un autre côté, certains institutionnels soulignent que le milieu scientifique français est peut-être lui aussi moins tourné vers l'aide à la décision que dans d'autres pays :

« Dans un article américain, y a toujours en conclusion une petite ligne sur ce que doit en faire le policy-maker. Bon, c'est souvent quand même très éloigné... Mais ils se sentent obligés de mettre « le policy-maker pourrait tirer parti de cette recherche pour faire tel truc », alors qu'en France !... Je pense qu'un universitaire français ne considère pas qu'il est de son devoir ou de sa déontologie d'écrire ça. », un représentant de l'IGAS.

En lien avec ce premier constat, on retrouve le fait qu'aucune institution ne mène une veille thématique sur la recherche en services de santé, ni même vraiment sur la santé publique en général. Les individus se tiennent informés de manière informelle en discutant avec leurs collègues du domaine, en assistant à des conférences, en lisant certaines lettres d'information ; mais ce travail n'est pas conduit de manière complète et exhaustive. La plupart du temps, les institutionnels seraient désireux que cela se fasse, mais

cette lacune peut être mise sur le compte d'un manque de ressources humaines ou d'un manque de temps. En conséquence, très peu d'institutionnels estiment avoir une vision précise des travaux en HSR menés par les équipes de recherche en France.

Réciproquement du côté des chercheurs, rares sont ceux qui estiment avoir une idée claire des besoins des institutions en termes de recherche. Beaucoup en ont une idée partielle, encore une fois par l'intermédiaire de contacts personnels ou parce que l'information a été communiquée à l'occasion d'un colloque.

Le seul cas qui pourrait faire office de lien systématique et officiel entre institutionnels et chercheurs serait le cas des appels à projets. Dans ce cadre, l'institution détermine en amont un thème général qui l'intéresse et elle crée un appel à projets afin de couvrir ce domaine thématique. En aval, les institutions peuvent chercher à valoriser les résultats des projets : c'est le cas à l'IRéSP qui favorise le libre accès aux résultats de la recherche financée et assure la collecte et la diffusion des publications scientifiques liées à ces projets, afin de renforcer leur visibilité à l'échelle nationale et internationale⁴². En revanche, même dans ce contexte, les processus de production de connaissance d'une part, et d'utilisation de cette connaissance dans un but de prise de décision d'autre part, semblent encore relativement déconnectés. Certaines institutions préfèrent les appels d'offres aux appels à projets, dans la mesure où ils sont plus directifs : l'institution ne se contente pas de proposer un thème mais précise une question à laquelle il faut répondre, en indiquant souvent même les éléments de méthode. Les résultats sont sûrement plus applicables et plus faciles à traduire en règles de décision publique, mais on est encore une fois à la limite entre la recherche et l'expertise : les résultats sont attendus dans des délais plus courts et les chercheurs sont contraints par un cahier des charges ; ces travaux relèvent plus d'un processus de « commande » que d'un processus de « recherche ».

Conclusion

Les liens entre le milieu académique et le milieu institutionnel existent mais restent partiels et passent la plupart du temps par des réseaux de connaissance, plutôt que par des interactions instaurées de façon systématique. La recherche sur les services de santé en pâtit nécessairement, étant située à l'interface entre une démarche de production de savoirs académiques et une démarche de prise de décision en matière de politiques publiques. Le renforcement de ces liens, l'établissement d'un dialogue – voire l'animation d'un réseau – entre les différents acteurs du domaine demeure un des enjeux importants pour sa structuration actuelle et dans les années à venir.

⁴² Guide du candidat – AAP Prévention 2017

Conclusion générale

La « recherche sur les services de santé » est une expression émergente en France, dont la définition reste encore à clarifier. L'ambivalence des termes « recherche » et « services de santé » permet d'englober un grand nombre de concepts relatifs à la santé publique. Dans le même temps, cela rend la notion plus difficile à appréhender et les références au mot-clé « recherche en services de santé » (ou à son équivalent anglais « health services research ») sont extrêmement rares en France. L'expression n'apparaît ni dans les mots-clés rattachés aux articles publiés dans des revues scientifiques ; ni dans les listes de thématiques envisagées par les institutions de santé publique (mises en évidence sur leurs sites internet ou bien dans leurs rapports d'activité).

Pourtant, lorsque l'on tâche de mieux définir cette recherche, on se rend compte que de nombreux acteurs s'y intéressent : des chercheurs, des décideurs publics, des patients et des représentants de patients, des professionnels de santé, etc. Cet intérêt n'est d'ailleurs pas nouveau : bien que l'apparition de l'expression soit relativement récente, des travaux sont menés à ce sujet depuis des années sans porter l'étiquette « recherche en services de santé », dans les organismes de recherche mais aussi dans des sphères administratives.

Le développement des « health services research » à l'échelle internationale, la création de revues spécialisées autour de cette thématique, l'émergence d'un volet « health services research » au sein de grands colloques européens de santé publique comme celui de l'EUPHA, sont autant d'éléments qui montrent que cette question est en passe de devenir un domaine de recherche important. Ceci est aussi vrai en France où, depuis 2014, la recherche sur les politiques et les services de santé est identifiée comme étant l'une des quatre priorités pour la recherche en santé publique en lien avec les enjeux actuels de transformation de notre système de santé.

Plus qu'une simple thématique, la HSR a une portée opérationnelle et est étroitement articulée aux dynamiques des systèmes de santé, à leurs transformations contemporaines⁴³. Elle éclaire et accompagne ces transformations en tâchant de proposer des moyens efficaces de résoudre certains des problèmes posés par le système de santé, tout en mettant l'accent sur la complémentarité des disciplines et des méthodes (qualitatives et quantitatives).

Les travaux académiques conduits dans cette perspective se sont étoffés depuis 2010, au vu des résultats de l'étude bibliométrique. Malgré une masse critique de chercheurs encore faible, des équipes de recherche de plusieurs disciplines se constituent autour de ce domaine en région parisienne et dans les grandes villes françaises. Cet état des lieux a permis de proposer un horizon des équipes mobilisées, mais aussi de voir sur quelles thématiques les chercheurs et les institutions de santé publique s'étaient investis : travaux portant sur la place des patients-usagers, l'organisation des soins, les pratiques, la prévention et la promotion de la santé, la performance du système ou encore les inégalités sociales de santé. La HSR engendrant une production de connaissance qui se situe souvent à la frontière entre la

⁴³ Document de restitution du séminaire « GT HSR »

recherche académique et l'expertise (scientifique ou administrative), des travaux relevant de ce champ ont d'ailleurs été également identifiés dans plusieurs administrations.

Un certain nombre de freins ont pu être mis en évidence, tels que la difficulté à valoriser ce type de recherche, la mauvaise identification des acteurs impliqués sur les différents volets thématiques évoqués précédemment, ou encore la fragilité du lien entre les milieux académique et institutionnel. L'état des lieux a permis d'y apporter des éléments de réponses – en particulier pour ce qui concerne le recensement des forces de travail en France. Cette clarification de l'horizon HSR national pourra servir de base à l'élaboration de nouvelles stratégies et de nouveaux outils, dans l'idée de combler les lacunes identifiées.

En parallèle de cette cartographie, le groupe de travail « recherche sur les services de santé » est parvenu à identifier des pistes de réflexion et d'organisation pour ces recherches. Certaines d'entre elles ont été prises en compte dans les appels à projet de l'IRESP, dans les volets correspondants. Au niveau européen, un *Consortium-Support Action* (TO-REACH) associant vingt-sept partenaires dans une vingtaine de pays européens a été lancé en janvier 2017 afin de préparer le lancement d'un ERA-NET sur la recherche en services de santé en 2019 ou 2020.

Pour conclure, les recherches sur les services de santé occupent une place cruciale parmi les connaissances produites en santé publique⁴⁴. Leur structuration est déjà entamée à différentes échelles et se concrétise à présent par un ensemble d'actions nationales, mais aussi par le projet de CSA qui représente une opportunité d'ouverture à l'échelle européenne, de mutualisation des connaissances entre les pays et de développement d'un réseau intégrant dès les prémices du projet l'ensemble des acteurs scientifiques et politiques.

⁴⁴ Document de restitution du séminaire « GT HSR »

Références

Articles et rapports

- Cambon L. (2015). Etude de faisabilité et conditions d'implantation des centres régionaux de recherche et d'expertise en santé publique (CERReSP). Rapport de mission.
- Pineault, Raynald et al. "Involving Decision-Makers in Producing Research Syntheses: The Case of the Research Collective on Primary Healthcare in Quebec." *Healthcare Policy* 2.4 (2007): e193–e209. Print.
- Lohr KN, Steinwachs DM. "Health services research: an evolving definition of the field". *Health Serv Res.* 2002 Feb;37(1):7–9
- Zhao, Hui et al. "Cancer Prevention Health Services Research: An Emerging Field." *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education* 27.0 2 (2012): 10.1007/s13187-012-0330-7. *PMC*. Web. 12 Dec. 2016.
- Phillips, Charles D. "What do you do for a living? Toward a more succinct definition of health services research." *BMC health services research* 6.1 (2006): 1.
- Hansen, J. "Health services research into European policy and practice: final report of the HSREPP project." (2011).
- Hiney, M., Curran, B., & Clarke, P. (2011). Review of population health research and health services research in Ireland. Volume 2: mapping study and appendices. Health Research Board (HRB).
- Delnoij, Diana MJ, and Peter P. Groenewegen. "Health services and systems research in Europe: overview of the literature 1995–2005." *The European Journal of Public Health* 17.suppl. 1 (2007): 10-13.
- Gibb, J. M., and E. Phillips. "Un meilleur sort pour la littérature" grise" ou" non conventionnelle"." (1979).
- Grimaud, O., Devaux, S. "Health needs and public health functions addressed in French public health journals". *The European Journal of Public Health*", 17.suppl. 1 (2007): 38-42.
- Traag, Vincent, and Thomas Franssen. "Revealing the quantitative-qualitative divide in sociology using bibliometric visualization."
- Lemaitre, B. "Le système de recherche favorise les personnalités narcissiques." *Rendez-vous, Le Monde, Science & Médecine*. Mercredi 7 septembre 2016.

Présentations

- Cornet, P. et Le Masne, A (2016). « Pratiques préventives et médecine générale. Les rencontres de Santé Publique France 2016 ». http://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2016/06/2-LEMASNE_CORNET.pdf

Sites

- GIS-IRESP – Institut de Recherche en Santé Publique [en ligne]. Consulté le 12 décembre 2016. <http://www.iresp.net/appele-a-projet/groupe-de-travail-recherche-en-services-de-sante/>
- Agency for Healthcare Research and Quality - Archive [en ligne]. Consulté le 3 décembre 2016. <https://archive.ahrq.gov/about/whatis.htm>
- School of public health. Department of health services. University of Washington. Consulté le 12 décembre 2016. <http://depts.washington.edu/hserv/hs-research-definitions>
- World Health Organization. Health topics, health services. Consulté le 12 décembre 2016. http://www.who.int/topics/health_services/en/
- Inspection Générale des Affaires Sociales – IGAS. Activité. Consulté le 12 décembre 2016. <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article410>
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé – Missions de la DGOS. Consulté le 12 décembre 2016. <http://social-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins>
- Agence Régionale de Santé (ARS) – Présentation générale. Consulté le 12 décembre 2016. <http://www.ars.sante.fr/Presentation-generale.89790.0.html>
- Santé Publique France - Le programme prévention et promotion de la santé dans les territoires et prévention médicalisée. *Axe interventions et territoires*. Consulté le 12 décembre 2016. <http://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Thematiques-de-travail/Interventions-et-territoires/Le-programme-prevention-et-promotion-de-la-sante-dans-les-territoires-et-prevention-medicalisee>
- Haut Conseil de la Santé Publique. CSPEPS Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé. Consulté le 12 décembre 2016. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/groupe?clef=61>
- Parcours Santé des aînés. L'évaluation des projets pilotes Paerpa. Consulté le 12 décembre 2016. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2.fiche_d_evaluation_paerpa.pdf
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Consulté le 12 décembre 2016. <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/le-panel-d-observation-des-pratiques-et-des-conditions-d-exercice-en-medecine>
- Haut Conseil de la Santé Publique. Groupe de travail transversal « Inégalités sociales de santé ». Consulté le 12 décembre 2016. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/groupe?clef=65>
- Sécurité sociale. Programme de travail du HCAAM 2014. Consulté le 12 décembre 2016. <http://www.securite-sociale.fr/Programme-travail-hcaam-2014>
- Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, IRDES (2016). Consulté le 12 décembre 2016. <http://www.irdes.fr/>
- Bilan à 3 ans du Programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS). Consulté le 12 décembre 2016. http://www.girci-est.fr/documents/colloque_DGOS_161015/BILAN_3ANS_PREPS.pdf

Liste des personnes interrogées

Représentant·e-s du milieu académique (20)

- François Alla, APEMAC (épidémiologie)
- Pascal Auquier, SPMC (épidémiologie)
- Daniel Benamouzig, ITMO Santé Publique (sociologie)
- Yann Bourgueil, IRDES (épidémiologie, économie)
- Martine Bungener, Cermes3 (économie, sociologie)
- Cyrille Colin, HESPER (épidémiologie)
- Caroline Despres (anthropologie)
- Jean-Claude Dupont, Hospinnomics (philosophie)
- Jean-Bernard Gouyon, CEPOI (épidémiologie)
- Thierry Lang, IFERISS (épidémiologie)
- Anne Laude, Institut Droit et Santé (droit)
- Pierre Lombrail, LEPS (épidémiologie)
- Etienne Minvielle, MOS (sciences de gestion)
- Joël Moret-Bailly (droit)
- Catherine Quantin, CHU Dijon (épidémiologie)
- Stéphane Rican, LADYSS (géographie)
- Monique Rothan-Tondeur, LEPS (sciences infirmières)
- Anne-Marie Schott, HESPER (épidémiologie)
- Bruno Ventelou, SESSTIM (économie)
- Jérôme Wittwer, EMOS (économie, sciences de gestion)

Représentant·e-s du milieu institutionnel (13)

- Emin Agamaliyev – Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques (DREES)
- Pierre Arwidson – Santé Publique France (SPF), Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (Inpes)
- Pierre Blaise – Agence Régionale de Santé (ARS), Pays-de-Loire
- Pierre-Louis Bras – Institut Général des Affaires Sanitaires (IGAS)
- Patricia Ciwek – Revue « Actualité et Dossier en Santé Publique » (ADSP)
- Claire-Isabelle Coquin – Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Hélène Coulonjou – Direction Générale de l’Organisation des Soins (DGOS)
- Jean-Claude Desenclos – Santé Publique France (SPF), Institut de veille sanitaire (InVS)
- Elisabeth Fery-Lemonnier – Secrétariat général des ministères sociaux (santé et ARS)
- Alain Fontaine – Direction Générale de la Santé (DGS)
- Corinne Le Goaster – Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)
- Olivier Scemama – Haute Autorité de Santé (HAS)
- Ayden Tajahmady – Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)

Annexes

Annexe 1 – Liste des mots-clés écartés, modifiés ou ajoutés

Annexe 2 – Liste des équipes de recherche en santé publique intéressées (même partiellement) par la recherche sur les services de santé

Annexe 3 – Nombre de publications par pays pour les pays publiant le plus entre 2004 et 2015

Annexe 4 – Cinquante premières revues mondiales

Annexe 5 – Revues françaises correspondant à la requête sur le Web of Science

Annexe 6 – Clusters de mots-clés obtenus par VOS Viewer pour la France, l’Australie, le Canada, l’Angleterre, l’Allemagne et les Pays-Bas

Annexe 1 – Liste des mots-clés écartés, modifiés ou ajoutés

Suppression de certains mots-clés qui ramènent du bruit ou sont déjà inclus

- « Hospital », amène des publications qui ne sont pas intéressantes, traitant d'autres études qui ciblent simplement les populations hospitalisées.
- « Organization », mot-clé mal géré par Web of Science. Peut ramener des publications qui ne relèvent pas de la HSR mais mentionnent certaines organisations (par exemple l'OMS). *En revanche nous avons gardé l'expression « health care organization »*
- « Innovation », ce mot-clé n'apportait pas de publications supplémentaires, tout était déjà inclus dans les requêtes précédentes.
- « Health policy » et « policy » ou « policies », même croisés avec le module restrictif 1
- « Performance », même croisé avec le module restrictif 1
- « Risk », « risk-factors »
- « Iatrogenic risk* »
- « Drug », « drug use »
- « Care seeking »
- « Quality » seul, mais on le retrouvera avec « quality-of-care »
- « Quality manager », « quality implementation » et « managerial innovation »

Identifications des mots-clés très spécifiques

Ces mots-clés sont à garder tout de même, mais ils représentent un petit nombre de publications à l'échelle mondiale (nombre indiqué entre parenthèses).

- “patient acceptance of health care” (186) ;
- “health services accessibility” (765) ;
- “primary health care” (763) ;
- “patient* satisfaction” (267) ;
- “health care organization” (276) ;
- “delivery of health-care” (701).

Identification des mots-clés pertinents (à croiser avec le module restrictif)

- “patient” (7038) ;
- “cost” or “economic” (34 979) ;
- “access” (32 597) ;
- “management” (18 487) ;
- “empowerment” (2 593).

Ajout de nouveaux mots-clés

- “patient-physician” (1065 sans module restrictif) ;
- “care pathway” (800) ;
- “ethic*” (4068).

Annexe 2 – Liste des équipes de recherche en santé publique intéressées (même partiellement) par la recherche sur les services de santé

Extraction de la cartographie des équipes de recherche en santé publique réalisée par l'IRESP

Nom de l'équipe	Ville	Thèmes	Pathologies	Disciplines	Populations
Santé publique et maladie chroniques : qualité de vie concepts, usages et limites, déterminants (Equipe d'Accueil EA 3279)	Marseille				
Cancer et maladies chroniques : Inégalités sociales de santé, accès primaire et secondaire aux soins (Equipe de recherche de l'UMR 1027 - Epidémiologie et analyses en santé publique - Risques, maladies chroniques et handicaps - LEASP)	Toulouse	Inégalités sociales de santé / Santé et médiation	Cancer	Epidémiologie Sociologie	
Enjeux sanitaires et territoires (Axe de recherche de l'UMR 7533 - Laboratoire dynamiques sociales et recomposition des espaces)	Nanterre	Santé et climat / Santé et environnement physique / Santé et villes / Sécurité sanitaire / Etude des risques et de leur perception / Inégalités sociales de santé / Mondialisation / Relations usagers-services de santé soignants-soignés / Besoins et demandes VS offre / Interventions de santé publique / Transfert et partage de connaissances	Maladies infectieuses / Epidémies	Géographie	
Mesure et maladies chroniques (Equipe de recherche de l'EA 4360 - Maladies chroniques, santé publique et processus d'adaptation / Approches épidémiologiques et psychologiques - APEMAC)	Vandœuvre-lès-Nancy	Etudes des risques et de leur perception / Mesure des déterminants de santé / Méthodes d'évaluation /	Maladies chroniques	Traitement de l'information	
Economie et management des organisations de santé (EMOS) (Equipe de recherche de l'UMR 1219 - Bordeaux Population Health Research Center - BPH)	Bordeaux	Services et systèmes de santé		Sociologie Economie Gestion	
CIC Dijon (Centre d'Investigation Clinique 1432)	Dijon	Qualité des soins / Santé et alimentation / Nutrition	Cancer Maladies neurologiques	Epidémiologie Economie Epidémiologie clinique Neurosciences	
Le patient / l'usager (Thématique de recherche de l'UMR 7425 - HESPER)	Lyon	Qualité des soins / Education thérapeutique du patient / Services et systèmes de santé / Besoins et demandes VS offre / Politiques de santé / Prévention de la santé / Mesure des déterminants de santé		Sciences de l'éducation Economie Sociologie	
Performance de l'offre de soin (Thématique de recherche de l'UMR 7425 - HESPER)	Lyon	Qualité des soins / Education thérapeutique du patient / Services et systèmes de santé / Besoins et demandes VS offre / Politiques de santé / Prévention de la santé / Mesure des déterminants de santé		Sciences de l'éducation Economie Sociologie	
Chronisation du risque santé, systèmes de soins et politiques publiques (CNSSPOP)	Marseille	Comportements et modes de vie / Médecine ambulatoire / Services et systèmes de santé / Besoins et demandes VS offre	Maladies chroniques Maladies neurologiques Cancer Santé mentale VIH et hépatites	Epidémiologie Economie	Personnes âgées / Personnes dépendantes / Travailleurs / Pays en voie de développement
Laboratoire Educations et Pratiques en Santé (LEPS) (Equipe d'accueil EA 3412)	Bobigny	Education thérapeutique du patient / Comportements et modes de vie / Inégalités sociales de santé / Prévention de la santé / Promotion de la santé / Acteurs et réseaux / Services et systèmes de santé / Méthodes d'évaluation	Maladies chroniques / Diabètes, surpoids obésité / Maladies cardiovasculaires / Santé bucco-dentaire / VIH et hépatites		Usagers-patients Enfants Adolescents Personnes âgées
L'Equipe d'Economie de la santé (EES)	Dijon	Comportements et modes de vie / Services et systèmes de santé		Economie	
(Equipe de recherche de l'UMR 1200 - Laboratoire d'économie de Dijon - LEDJ)	Dijon				
Management des organisations de santé (MOS) (Equipe d'accueil EA 7348)	Remes	Etudes des risques et de leur perception / Services et systèmes de santé / Politiques de santé	Cancer Maladies respiratoires		

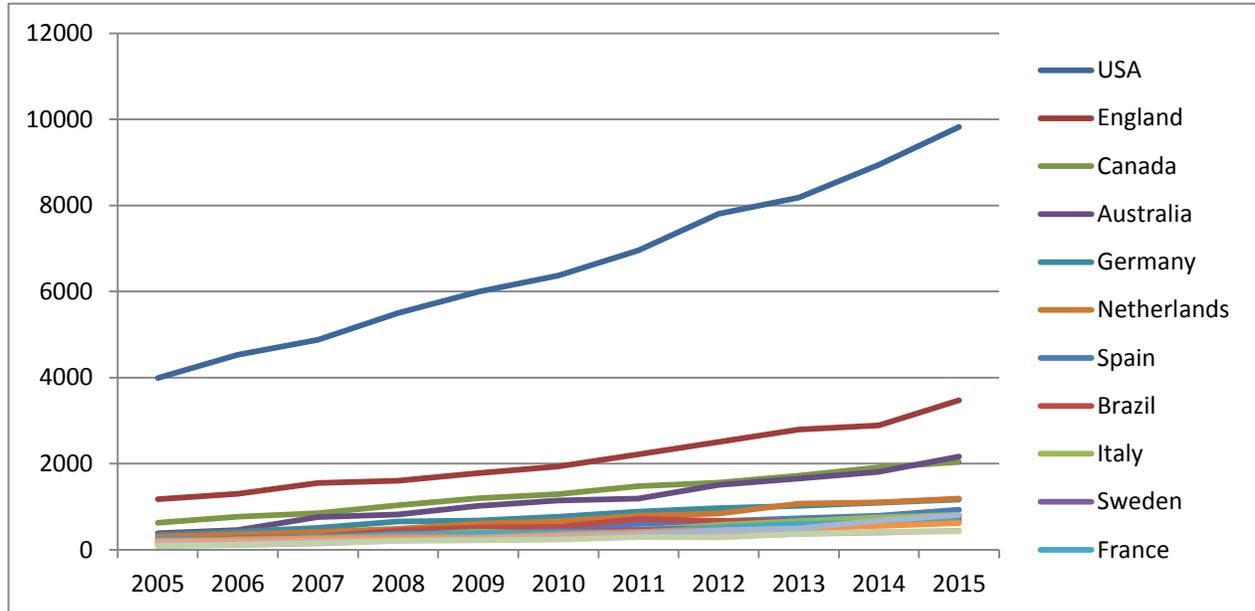
Nom de l'équipe	Ville	Thèmes	Pathologies	Disciplines	Populations
Animal et Gestion Intégrée des Risques (AGRI) (Unité de recherche 22)	Montpellier	Etude des risques et de leur perception / Santé et environnement physique / Vaccination / Politiques de santé / Systèmes d'information en santé et e-santé / Services et systèmes de santé	Zoonose - santé animale / Maladies émergentes / Maladies infectieuses	Epidémiologie Biostatistique Economie Sociologie Géographie	Pays en voie de développement
Le financement du développement	Clermont-Ferrand	Sécurité routière / Accès aux soins / Santé et environnement physique / Services et systèmes de santé / Système hospitalier / Interventions de santé publique / Politiques de santé / Méthodes d'évaluation	Maladies infectieuses / VIH et hépatites	Economie Gestion	Usagers-patients / pays en voie de développement
Thématique de recherche de l'UMR 6587 - Centre d'études et de recherches sur le développement international - CERDI) Entreprises, Inégalités et Politiques sociales (EPS) (Axe de recherche de l'UMR 7235 - Economix)	Nanterre	Accès aux soins / Inégalités sociales de santé / Santé au travail / Politiques de santé / Politiques médicosociales et sociales / Assurance maladie - protection sociale / Professions de santé / Services et systèmes de santé		Economie Gestion	
Techniques pour l'Evaluation et la Modélisation des Actions de Santé (THEMAS)	La Tronche	Etude des risques et de leur perception / Approches innovantes / Déterminants de la décision, production de preuves (evidence-based medicine), aide à la décision / Services et système de santé / Systèmes d'information en santé et e-santé / Modélisation	Maladies chroniques	Imagerie médicale	
(Equipe de recherche de l'UMR 5525 - Techniques de l'Ingénierie Médicale et de la Complexité - TCMC) Histoire et philosophie de la médecine	Paris	Santé et environnement physique / Etudes des risques et de leur perception / Politiques de santé / Services et systèmes de santé /	Handicap Maladies chroniques VIH et hépatites	Histoire Philosophie Psychologie, psychiatrie Anthropologie Philosophie-éthique	Pays en voie de développement
(Axe de recherche de l'UMR 7219 - Laboratoire de Sciences, Philosophie, Histoire - SPHERE) Centre de sociologie de l'innovation (CS)	Paris	Santé, sexualité et reproduction / Santé et environnement physique / Droit et associations d'usagers et de malades / Politiques de santé / Systèmes d'information en santé et e-santé / Démocratie sanitaire - débat public / Services et systèmes de santé	Maladies rares et orphelines Handicap Néonatalogie Santé mentale	Sociologie Anthropologie	Usagers-patients / Personnes handicapées
(Equipe de recherche de l'UMR 9217 - Institut Interdisciplinaire de l'Innovation - I3) Echelles des mobilités et villes	Poitiers	Accès aux soins / Pratiques et consommation de soins / Politiques de santé / Services et systèmes de santé /		Géographie Sociologie	Migrants
(Axe de recherche de l'UMR 7301 - Migrations internationales, espaces et sociétés - Migrantel) Dynamiques sociales et spatiales	Angers	Santé et environnement social / Santé et territoires / Services et systèmes de santé / Acteurs et réseaux /		Géographie Sociologie	
(Axe de recherche de l'UMR 6590 - Espaces et sociétés - ESO) Parcours de vie et expériences des espaces	Angers	Santé et territoires / Qualité de vie / Services et systèmes de santé / Acteurs et réseaux /		Géographie Sociologie Psychologie, psychiatrie	Personnes âgées / précaires / handicapés
(Axe de recherche de l'UMR 6590 - Espaces et sociétés - ESO) Politiques sociales et de santé. Inégalités et Populations (POSSIP)	Rennes	Santé et territoires / Inégalités sociales de santé / Fragilité - vulnérabilité / Politiques de santé / Services et systèmes de santé / Dépistage/ Gestion des risques	Vieillessement Handicap Addictions	Sociologie Sciences politiques Economie Gestion	Personnes dépendantes / âgées / handicapées / population d'Europe occidentale / travailleurs
(Equipe de recherche de l'UMR 6051 - Centre de Recherches sur l'Action Politique en Europe - CRAPE) Dynamique des métiers et santé au travail dans les activités d'innovation et de service	Paris	Services et systèmes de santé / Système hospitalier / Politiques de santé / Systèmes d'information en santé et e-santé	Santé mentale VIH et hépatites Maladies rares et orphelines	Economie Gestion	
(Axe de recherche de l'UMR 9217 - Centre de gestion Scientifique /Institut Interdisciplinaire de l'Innovation I3)	Angers	Inégalités sociales de santé / Santé au travail / Qualité de vie / Services et systèmes de santé / Prise en charge de la douleur / Méthodes d'évaluation	Troubles musculo-squelettiques (TMS)	Epidémiologie Ergonomie Médecine et santé au travail	Travailleurs

Nom de l'équipe	Ville	Thèmes	Pathologies	Disciplines	Populations
Conception, planification et évaluation des interventions de prévention des TMS (Thématique de recherche de l'EA 4336 - Laboratoire d'Ergonomie et d'Epidémiologie en Santé au Travail - LEEST)	Angers	Inégalités sociales de santé / Santé au travail / Qualité de vie / Services et systèmes de santé / Prise en charge de la douleur / Méthodes d'évaluation	Troubles musculo-squelettiques (TMS)	Epidémiologie Ergonomie Médecine et santé au travail	Travailleurs
Laboratoire d'études et de Recherche en Sociologie (LABERS) (Equipe d'accueil EA 3149)	Brest	Santé et territoires / Santé au travail / Santé et genre / Comportements et modes de vie / Politiques de santé / Acteurs et réseaux / Prévention de la santé / Services et systèmes de santé / Systèmes d'information en santé et e-santé	Vieillessement Addictions Handicap VIH et hépatites Cancer	Sociologie Histoire Sciences politiques	Personnes dépendantes / Femmes / Familles / Usagers-patients
Constructions sociales et langagières des légitimités médicales, scientifiques et politiques (Axe de recherche de l'EA 4701 - Dynamiques Sociales et Langagières - DYSOLA)	Mont Saint-Aignan	Savoirs sur la santé / des populations, des professionnels de santé, ... / Santé et territoires / Services et systèmes de santé		Sociologie	
Laboratoire de recherches cliniques et en santé publique sur les handicaps psychiques, cognitifs et moteurs (HANDIRESP) (Equipe d'accueil EA 7405)	Versailles	Handicap / Qualité des soins / Pratiques et consommation de soins / Santé et territoires / Systèmes d'information en santé et e-santé / Services et systèmes de santé	Santé mentale Maladies chroniques Suicide	Psychologie-psychiatrie Epidémiologie	Personnes handicapées
Aide à la décision médicale personnalisée : aspects méthodologiques (Equipe d'accueil EA 2415 du Laboratoire de biostatistique, épidémiologie et recherche clinique - LBEC)	Montpellier	Services et systèmes de santé / Système hospitalier / Recherche translationnelle		Epidémiologie clinique Economie	
Les effets sociaux et identitaires des politiques de santé publique (Equipe de recherche de l'EA 4614 - Santé, Education et Situations de Handicap)	Montpellier	Fragilité-vulnérabilité / Handicap / Accès aux soins / Pratiques et consommation des soins / Politiques de santé / Politiques médicosociales et sociales / Interventions de santé publique / Gestion et management / Services et systèmes de santé / Modélisation	Handicap	Psychologie-psychiatrie Sociologie	
Les déterminants et les logiques d'organisation des mobilisations collectives liées à la santé et aux handicaps (Equipe de recherche de l'EA 4614 - Santé, Education et Situations de Handicap)	Montpellier	Fragilité-vulnérabilité / Handicap / Accès aux soins / Pratiques et consommation des soins / Droit et associations d'usagers et de malades / Politiques médicosociales et sociales / Interventions de santé publique / Gestion et management / Services et systèmes de santé / Modélisation	Handicap	Psychologie-psychiatrie Sociologie Sciences politiques	
Clinical Epidemiology and Ageing : Geriatrie Soins Primaires et Santé Publique (CEPA) (Equipe d'accueil EA 7376)	Créteil	Pratiques et consommation de soins / Système hospitalier / Services et systèmes de santé / Dépistage			
Expérience, Formation, Apprentissages Contextualisés (EFAC) (Axe de recherche de l'EA 7313 - Laboratoire interdisciplinaire de recherche sur les transformations des pratiques éducatives et des pratiques sociales - LIRTES)	Créteil	Handicap / Fatigue-stress / Santé à l'école / Education pour la santé / Interventions de santé publique / Services et systèmes de santé / Politiques de santé		Psychologie, psychiatrie Sociologie	Familles
(Axe de recherche de l'EA 7313 - Laboratoire interdisciplinaire de recherche sur les transformations des pratiques éducatives et des pratiques sociales - LIRTES)	Créteil	Prévention de la santé / Violence et maltraitance / Santé à l'école / Education pour la santé / Interventions de santé publique / Services et systèmes de santé / Déterminants de la décision, production de preuves (evidence-based medicine), aide à la décision		Psychologie, psychiatrie Sociologie Anthropologie	Familles Enfants
(Axe de recherche de l'UMR 7116 - Centre de Sociologie des Organisations - CSO)	Paris	Savoirs sur la santé (des populations, des professionnels de santé, ...) / Acteurs et réseaux / Besoins et demandes VS offres / Services et systèmes de santé		Sociologie	
Droit et changement social (UMR 6297)	Nantes	Accès aux soins / Santé et territoire / Inégalités sociales de santé / Assurance maladie - protection sociale / Services et systèmes de santé / Droit et associations d'usagers et de malades	Maladies chroniques Handicap	Droit Sociologie Sciences politiques	Femmes Enfants Usagers - patients

Nom de l'équipe	Ville	Thèmes	Pathologies	Disciplines	Populations
Cancer, Biomédecine et Société (CANBIO5)	Marseille	Approches innovantes / Comportements et modes de vie / Qualité des soins / Services et systèmes de santé	Cancer	Epidémiologie Economie Sociologie Psychologie, psychiatrie Génétique	Femmes Personnes âgées
(Equipe de recherche de l'UMR 912 - Sciences Economiques et sociales de la Santé et Traitement de l'Information Médicale - SSSSTM)	Marseille	Comportements et modes de vie / Dépistage / Prévention de la santé / Drogues illicites / Services et systèmes de santé	VIH et hépatites Maladies infectieuses Addictions	Epidémiologie Economie Anthropologie Psychologie, psychiatrie Géographie	Homosexuels Toxicomanes Pays en voie de développement
(Equipe de recherche de l'UMR 912 - Sciences Economiques et sociales de la Santé et Traitement de l'Information Médicale - SSSSTM)	Marseille	Qualité des soins / Déterminants de la décision, production de preuves (evidence-based medicine), aide à la décision / Système hospitalier / Services et systèmes de santé / Systèmes d'information en santé et e-santé		Epidémiologie Economie Biostatistique	
(Equipe de recherche de l'UMR 1136 - Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de santé publique - IPLESP)	Paris	Transformations de la santé mentale : objectivation des savoirs psychiatriques et production des individus	Santé mentale	Psychologie, psychiatrie	
(Equipe de recherche de l'UMR 988 - Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale et société - CERMES 3)	Villejuif	Handicap, maladies chroniques et vieillissement : qualifications politiques et sociales	Handicap Maladies chroniques	Psychologie, psychiatrie Sociologie	
(Equipe de recherche de l'UMR 988 - Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale et société - CERMES 3)	Villejuif	Consommations médicamenteuses, risques et addictions	Addictions	Psychologie, psychiatrie	
(Equipe de recherche de l'UMR 988 - Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale et société - CERMES 3)	Villejuif	Comportements et modes de vie / Pratiques et consommation de soins / Addictions / Eitude des risques et de leur perception / Services et systèmes de santé		Pharmacologie	
(Equipe de recherche de l'UMR 1175 - Recherches translationnelles sur le VIH et les Maladies Infectieuses - TRANSHIMI)	Montpellier	Comportements et modes de vie / Pratiques et consommation de soins / Approches innovantes / Mondialisation / Services et systèmes de santé		Epidémiologie Anthropologie Economie	Femmes Population d'Asie
(Equipe de recherche de l'UMR 988 - Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale et société - CERMES 3)	Montpellier	Santé et genre / Pratiques et consommation de soins / Savoirs sur la santé (des populations, des professionnels) / Comportements et modes de vie / Etude des risques et de leur perception / Traitements et contraintes / Approches innovantes / Mondialisation / Médecines traditionnelles, alternatives non conventionnelles / Services et systèmes de santé	Maladies chroniques	Sociologie Economie Gestion	
(Axe de recherche de l'EA 4557 - Montpellier recherche en management)	Montpellier	Comportements et modes de vie / Approches innovantes / Relations usagers-services de santé - soignants-soignés / Besoins et demandes versus offre / Mondialisation / Services et systèmes de santé			
(Axe de recherche de l'EA 4161 - Conception de l'action en situation - COACTIS)	Lyon	Services et systèmes de santé / Politiques de santé / Acteurs et réseaux / Accès aux soins / Gestion et management		Gestion Economie	
(Axe de recherche de l'EA 457 - Montpellier recherche en management)	Lyon	Services et systèmes de santé / Politiques de santé / Acteurs et réseaux / Accès aux soins / Gestion et management		Gestion Economie	
(Axe de recherche de l'EA 3797 - Santé Publique, Vieillesse, Qualité de vie et Réadaptation des Sujets Fragiles)	Reims	Fragilité/vulnérabilité / Vieillesse / Etude des risques et de leur perception / Services et systèmes de santé / Système hospitalier / Médecine d'urgence / Diagnostic	Vieillesse	Epidémiologie clinique Sociologie	Personnes âgées Personnes dépendantes
(Axe de recherche de l'EA 8019 - Centre Iliadis d'Etudes et de recherches sociologiques et économiques)	Ville neuve d'Ascq	Santé et villes / Inégalités sociales de santé / Services et systèmes de santé / Acteurs et réseaux / Interventions de santé publique / Politiques médicosociales et sociales / Gestion et management / Comparaisons géographiques / Mesure des déterminants de santé / Enquêtes qualitatives	Santé mentale Cancer	Sciences politiques Droit Sociologie Anthropologie	
(Axe de recherche de l'EA 4640 - Institut de droit public et de la science politique)	Rennes	Savoirs sur la santé (des populations, des professionnels) / Prévention de la santé / Qualité des soins / Handicap / Droit et associations d'usagers et de malades / Assurance maladie - protection sociale / Promotion de la santé / Politiques de santé / Services et systèmes de santé		Sociologie Sciences politiques Economie	
(Axe de recherche de l'EA 4640 - Institut de droit public et de la science politique)	Rennes	Savoirs sur la santé (des populations, des professionnels) / Prévention de la santé / Qualité des soins / Handicap / Droit et associations d'usagers et de malades / Assurance maladie - protection sociale / Promotion de la santé / Politiques de santé / Services et systèmes de santé		Sociologie Sciences politiques Economie	
Stratégies dans le Domaine de la Santé	Ville neuve d'Ascq	Comportements et modes de vie / Services et systèmes de santé / Gestion et management / Produits de santé / Accès aux soins		Economie Gestion	Personnels de soins
(EA rattachée à l'UMR 7234 - Centre d'économie de l'Université Paris Nord)	Ville neuve d'Ascq	Comportements et modes de vie / Services et systèmes de santé / Gestion et management / Produits de santé / Accès aux soins		Economie Gestion	Personnels de soins

Annexe 3 – Nombre de publications par pays pour les pays publiant le plus entre 2004 et 2015

Pays	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2005-2015
USA	3745	3993	4527	4878	5502	5994	6368	6958	7806	8181	8940	9824	72971
England	1088	1171	1302	1550	1604	1779	1935	2218	2504	2794	2888	3473	23218
Canada	579	627	768	850	1032	1194	1295	1479	1555	1724	1910	2041	14475
Australia	340	384	456	758	819	1018	1148	1192	1509	1654	1813	2166	12917
Germany	328	348	422	509	656	676	766	884	968	1016	1091	1165	8501
Netherlands	272	312	364	415	485	602	666	793	840	1073	1102	1190	7842
Spain	153	151	270	301	396	473	533	603	665	732	793	932	5849
Brazil	100	107	118	291	449	514	530	719	675	660	670	780	5513
Italy	174	190	239	296	334	421	379	452	573	661	751	812	5108
Sweden	186	237	238	293	374	352	437	470	502	588	622	709	4822
France	186	235	227	290	356	387	405	401	524	607	617	653	4702
Switzerland	179	194	237	264	291	287	353	414	453	486	552	620	4151
China	91	92	106	147	210	263	314	361	447	495	680	806	3921
Scotland	144	190	180	223	234	254	292	302	319	367	399	441	3201
Belgium	94	90	120	162	203	217	235	291	288	369	418	425	2818



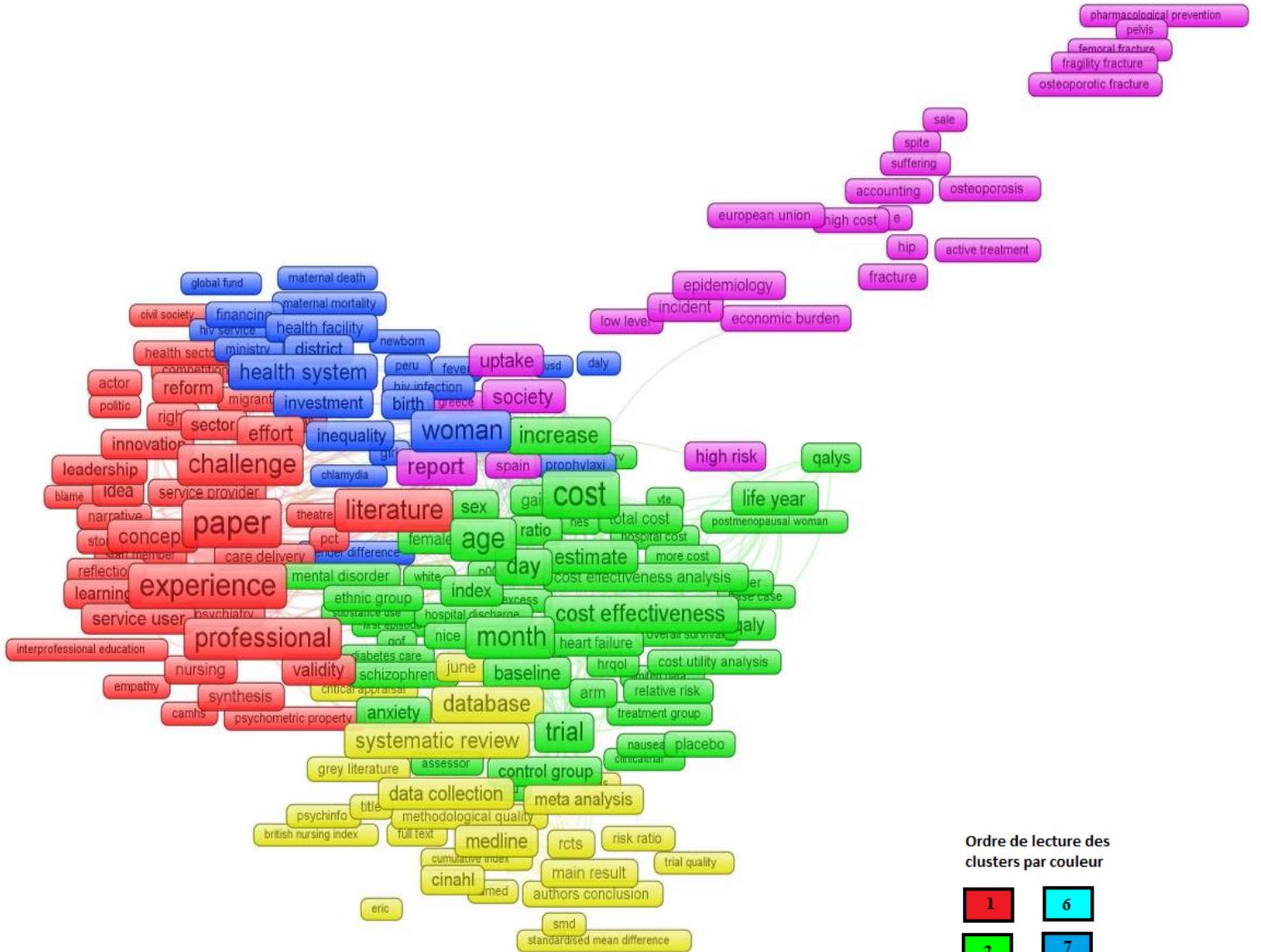
Annexe 4 – Cinquante premières revues mondiales

Source Titles	Nb pubs Monde	Rang Monde	Nb Pub France	Rang France
BMC HEALTH SERVICES RESEARCH	3002	1	56	3
PLOS ONE	1760	2	77	2
JOURNAL OF MEDICAL SYSTEMS	1089	3	13	40
BMC PUBLIC HEALTH	1076	4	35	6
HEALTH POLICY	1067	5	49	4
BMJ OPEN	899	6	17	26
HEALTH AFFAIRS	821	7	3	–
SOCIAL SCIENCE MEDICINE	722	8	13	42
HEALTH ECONOMICS	679	9	31	8
HEALTH SERVICES RESEARCH	660	10	2	–
MEDICAL CARE	659	11	5	–
CIENCIA SAUDE COLETIVA	638	12	2	–
JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE	634	13	1	–
IMPLEMENTATION SCIENCE	554	14	4	–
HEALTH POLICY AND PLANNING	552	15	–	–
PSYCHIATRIC SERVICES	543	16	4	–
JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS	523	17	22	17
JOURNAL OF CLINICAL NURSING	510	18	–	–
STUDIES IN HEALTH TECHNOLOGY AND INFORMATICS	502	19	–	–
INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE	470	20	19	22
JOURNAL OF EVALUATION IN CLINICAL PRACTICE	463	21	11	47
AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE	462	22	–	–
EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS	441	24	33	7
PEDIATRICS	441	23	–	–
JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH	415	25	–	–
BMC FAMILY PRACTICE	408	26	10	55
COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS	405	27	–	–
PATIENT EDUCATION AND COUNSELING	401	28	–	–
TRIALS	394	29	–	–
INTERNATIONAL JOURNAL OF TECHNOLOGY ASSESSMENT IN HEALTH CARE	392	30	15	32
BMJ QUALITY SAFETY	385	31	–	–
CADERNOS DE SAUDE PUBLICA	359	32	–	–
JOURNAL OF ADVANCED NURSING	350	33	–	–
JOURNAL OF HEALTH CARE FOR THE POOR AND UNDERSERVED	345	34	–	–
ACADEMIC MEDICINE	341	35	–	–
AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH	336	36	–	–
QUALITATIVE HEALTH RESEARCH	330	37	–	–
VACCINE	326	38	25	10
TELEMEDICINE AND E HEALTH	319	40	–	–
VALUE IN HEALTH	319	39	11	48
HEALTH RESEARCH POLICY AND SYSTEMS	317	42	–	–
INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL INFORMATICS	317	41	12	46
JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL INFORMATICS ASSOCIATION	315	43	–	–
JOURNAL OF INTERPROFESSIONAL CARE	306	44	–	–
BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH	302	45	–	–
AIDS CARE PSYCHOLOGICAL AND SOCIO MEDICAL ASPECTS OF AIDS HIV	293	46	–	–
JOURNAL OF NURSING MANAGEMENT	292	47	–	–

Annexe 5 – Revues françaises correspondant à la requête sur le Web of Science

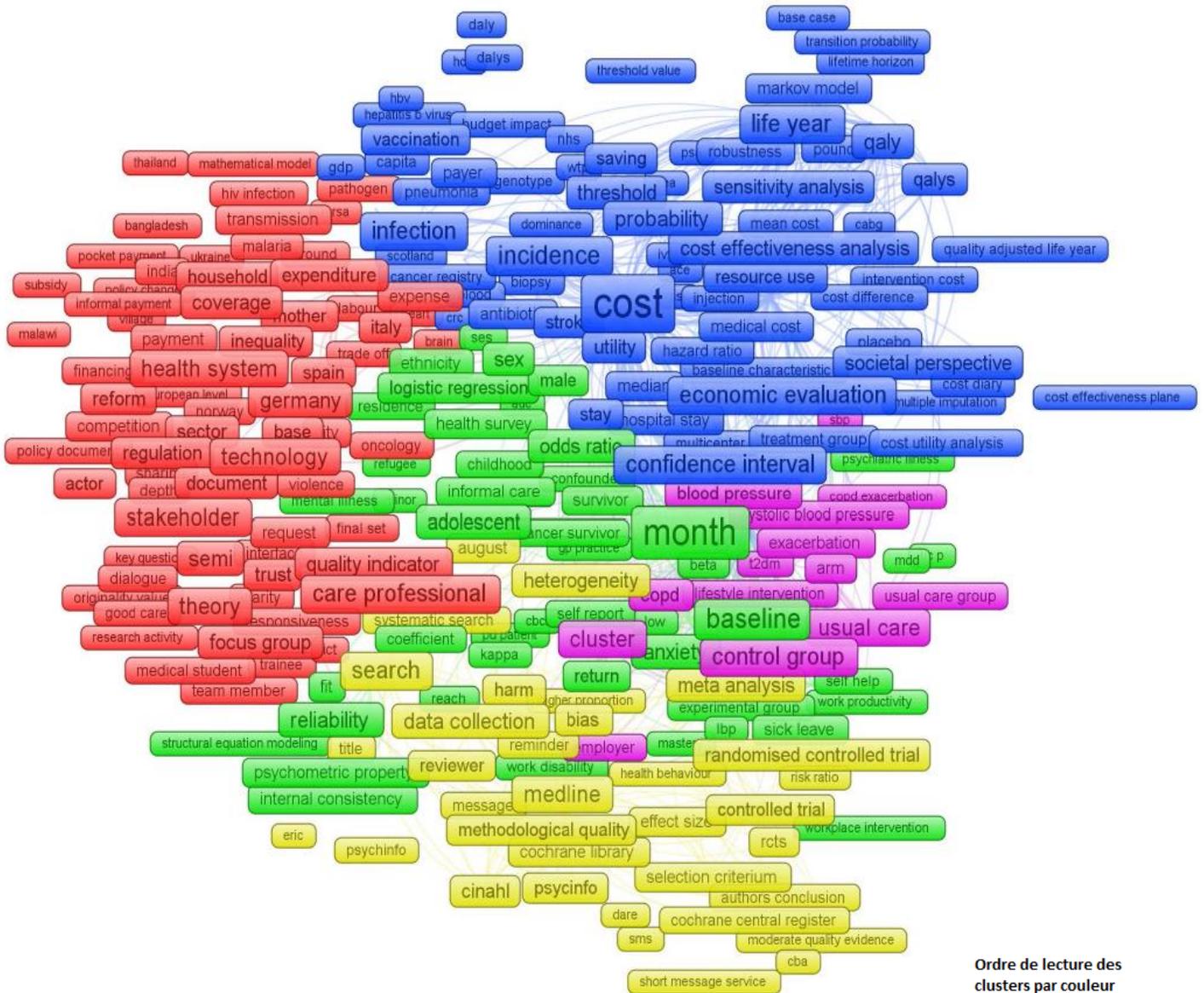
Journal	Nb Pub France	Rang France	Nb pubs Monde	Rang Monde
SANTE PUBLIQUE	80	1		
PLOS ONE	77	2	1760	2
BMC HEALTH SERVICES RESEARCH	56	3	3002	1
HEALTH POLICY	49	4	1067	5
REVUE D EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE	44	5		
BMC PUBLIC HEALTH	35	6	1076	4
EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS	33	7	441	24
HEALTH ECONOMICS	31	8	679	9
ENCEPHALE-REVUE DE PSYCHIATRIE CLINIQUE BIOLOGIQUE ET THERAPEUTIQUE	27	9		
ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES	25	11		
VACCINE	25	10	326	38
ARCHIVES DE PEDIATRIE	24	13		
BULLETIN DU CANCER	24	15		
JOURNAL OF HOSPITAL INFECTION	24	12	220	71
LANCET	24	14	261	53
ONCOLOGIE	23	16		
ARCHIVES DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET DE L ENVIRONNEMENT	22	19		
JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS	22	17	523	17
PRESSE MEDICALE	22	18		
BULLETIN DE L ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE	21	20	385	31
REVUE DES MALADIES RESPIRATOIRES	21	21		
INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE	19	22	470	20
ANNALES FRANCAISES D ANESTHESIE ET DE REANIMATION	18	23		
INTERNATIONAL JOURNAL OF TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE	18	24		
BMJ OPEN	17	26	899	6
EUROPEAN JOURNAL OF CANCER	17	27		
MEDECINE ET MALADIES INFECTIEUSES	17	25		
ORTHOPAEDICS & TRAUMATOLOGY-SURGERY & RESEARCH	16	28		
TRANSFUSION CLINIQUE ET BIOLOGIQUE	16	29		
CURRENT MEDICAL RESEARCH AND OPINION	15	30	189	90
DIABETES & METABOLISM	15	31		
INTERNATIONAL JOURNAL OF TECHNOLOGY ASSESSMENT IN HEALTH CARE	15	32	392	30
PROGRES EN UROLOGIE	15	33		
EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH	14	36		
JOURNAL DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION	14	37		
REVUE NEUROLOGIQUE	14	35		
THERAPIE	14	34	502	19
BMC INFECTIOUS DISEASES	13	41	173	100
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE & FERTILITE	13	39		
JOURNAL OF MEDICAL SYSTEMS	13	40	1089	3
JOURNAL OF NUTRITION HEALTH & AGING	13	43		
SOCIAL SCIENCE & MEDICINE	13	42	722	8
TROPICAL MEDICINE & INTERNATIONAL HEALTH	13	38	185	92
ANNALS OF ONCOLOGY	12	44		
INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL INFORMATICS	12	46	317	41
NEPHROLOGY DIALYSIS TRANSPLANTATION	12	45		
JOURNAL OF EVALUATION IN CLINICAL PRACTICE	11	47	463	21
VALUE IN HEALTH	11	48	319	39
AIDS CARE-PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-MEDICAL ASPECTS OF AIDS/HIV	10	56	293	46
ARCHIVES OF CARDIOVASCULAR DISEASES	10	49		
BMC FAMILY PRACTICE	10	55	408	26
GERIATRIE ET PSYCHOLOGIE NEUROPSYCHIATRIE DE VIEILLISSEMENT	10	52		
NUTRITION CLINIQUE ET METABOLISME	10	53		
REVUE DE MEDECINE INTERNE	10	54		
REVUE FRANCAISE D ALLERGOLOGIE	10	51		
SCIENCES SOCIALES ET SANTE	10	50		

Angleterre



- Ordre de lecture des clusters par couleur
- | | |
|---|----|
| 1 | 6 |
| 2 | 7 |
| 3 | 8 |
| 4 | 9 |
| 5 | 10 |

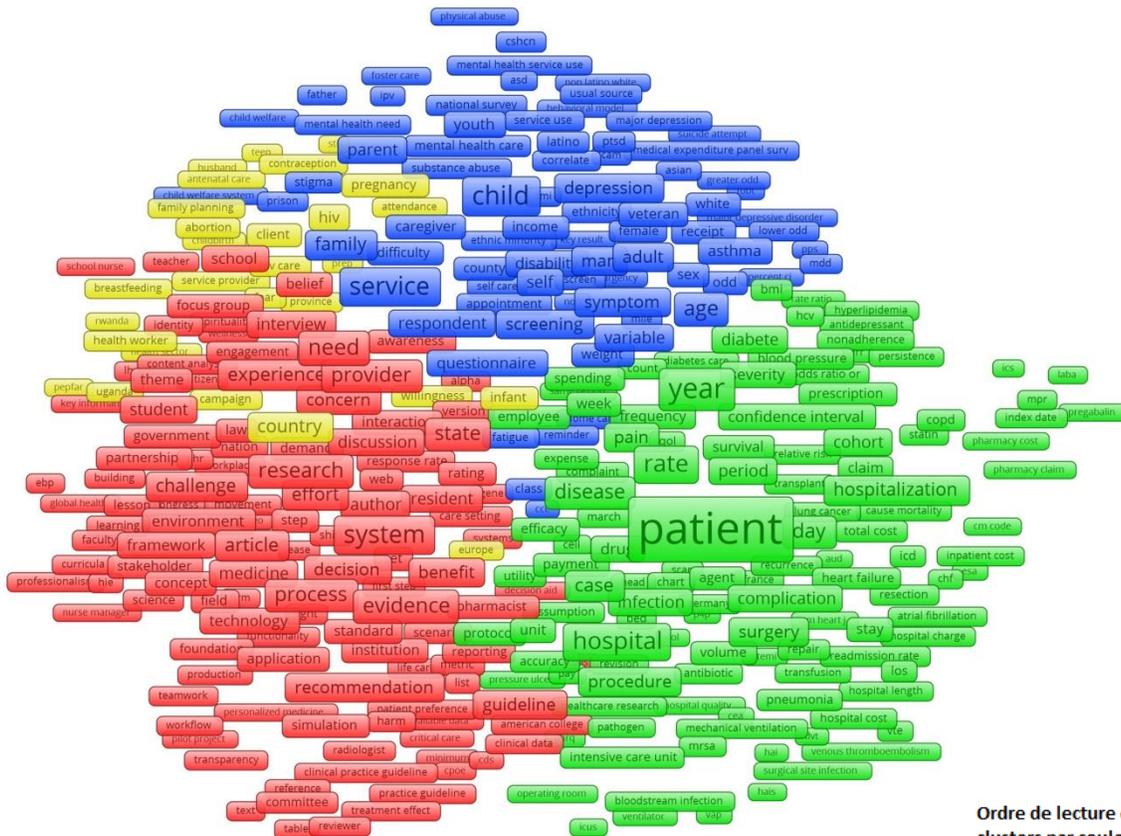
Pays-Bas



Ordre de lecture des clusters par couleur

- | | |
|---|----|
| 1 | 6 |
| 2 | 7 |
| 3 | 8 |
| 4 | 9 |
| 5 | 10 |

Etats-Unis (2010-2012)



Ordre de lecture des clusters par couleur

- | | |
|---|----|
| 1 | 6 |
| 2 | 7 |
| 3 | 8 |
| 4 | 9 |
| 5 | 10 |

Etats-Unis (2012-2015)

