



## Synthèse des recommandations de l'étude de benchmark international

Lise Rochaix et Raphaël Beaufret

L'objectif assigné à Hospinomics est double : encourager la production de travaux académiques pertinents pour la décision publique ('Policy-oriented research') ; contribuer à fonder les politiques publiques dans le domaine de la santé sur des bases scientifiques ('Evidence-based policy'). La pertinence de ce double objectif, et plus encore, les moyens de l'atteindre, ont fait l'objet d'une étude de faisabilité, réalisée préalablement à la signature de la convention de partenariat, auprès de 50 responsables de centres de recherche en économie de la santé à l'étranger, avec une expérience en matière d'aide à la décision. Cette étude de benchmark international a conduit à la rédaction d'un rapport (disponible sur le site de la chaire) dont les recommandations finales ont inspiré la mise en place de la chaire, tant pour la partie gouvernance et organisation que pour la détermination de son programme de recherches et d'activités.

Parmi les recommandations portant sur le **positionnement stratégique de la chaire**, un consensus se dégage sur l'importance de veiller à n'en faire ni un centre d'évaluation des technologies de santé, ni un centre de gestion hospitalière. Il importe au contraire de développer la dimension d'appui méthodologique à l'évaluation, dans un centre de référence utile pour les évaluateurs d'interventions (que ce soit des évaluations de technologies de santé, d'interventions en santé publique, de changements organisationnels ou plus généralement, de politiques de santé), avec une ouverture plus large que l'hôpital, sur le parcours de santé. Est mis en avant l'intérêt majeur pour les chercheurs de disposer de données originales et de grande qualité et la recommandation de faire de la chaire un portail d'accès privilégié à ces données (1). Un ancrage solide, tant du point de vue de la recherche que de la formation, auprès d'une entité de renommée internationale en sciences économiques s'avère indispensable pour mener à bien le double objectif. Est aussi mise en avant la nécessité d'une inclusion très progressive de nouveaux partenaires, notamment du secteur privé, sous la condition des règles de publication et de gestion active des conflits d'intérêt. Le danger identifié dans ce cas est celui de dériver progressivement vers une entreprise de consultants plutôt qu'un centre de recherches appliquées.

(1) Cette proposition va dans le sens de la recommandation 6 du rapport remis le 5/6/14 par Pierre-Cyrille Hautcoeur sur l'avenir des sciences économiques à l'université en France, à savoir 'renforcer les infrastructures de recherche sur les données et inciter les administrations et les établissements publics à mettre, via ces infrastructures, leurs données à la disposition des chercheurs, selon des modalités compatibles avec le respect de la vie privée. Elle fait aussi écho à la recommandation 7 selon laquelle il conviendrait 'd'Imposer aux organisations publiques de publier les évaluations des politiques publiques effectuées sur appel d'offre et de favoriser la réplique de ces évaluations'.

Le deuxième ensemble de recommandations porte sur **la gouvernance et l'organisation de la chaire**. Il s'agit ici d'inscrire la dualité des objectifs de la chaire dans son architecture même. Une gouvernance interactive s'avère nécessaire, avec des engagements respectifs des deux partenaires fondateurs à mesurer l'atteinte des résultats et le retour sur investissement pour chaque partie. De la même façon, la politique de recrutement et d'affiliation de la chaire doit privilégier les chercheurs pour lesquels il importe d'avoir un impact sur la décision, et donc, dans ce domaine, sur la santé des citoyens. Le relais peut être pris, le cas échéant, par des incitations financières à la production de travaux appliqués et pertinents pour la décision, mais cette question a suscité un débat entre répondants qui sera poursuivi lors du colloque de lancement de la chaire, le 29 septembre 2014.

Quatre recommandations portent plus spécifiquement sur **la stratégie d'élaboration du programme de recherches**. L'adoption d'un certain nombre de principes pour le choix des thèmes de recherche devrait en effet faciliter l'atteinte du double objectif. Ainsi, les sujets doivent être en relation avec des questions de mesure et d'évaluation, qui sont porteuses d'enjeux tant pour le chercheur que pour le décideur. En termes de méthodes, est suggéré le recours à l'évaluation ex post de quasi-expérimentations utilisant les techniques économétriques, de type RDD, ainsi que le recours à des micro-simulations, utiles pour l'éclairage ex ante des choix et de leurs impacts respectifs. L'exploitation de bases de données issues d'environnements complémentaires (clinique et administratif) apparaît comme un levier fort de la production de travaux originaux et multidisciplinaires. Enfin la dimension de comparaison entre pays doit être systématiquement mobilisée, notamment dans les processus de réforme visant à introduire la concurrence en santé.

Deux voies d'entrée sont possibles pour élaborer le programme de recherches : soit partir de thèmes suffisamment proches de ceux des chercheurs affiliés à la chaire pour s'assurer de leur participation, soit identifier des sujets prioritaires pour le décideur, l'atteinte du double objectif étant conditionnée par la capacité à trouver des intersections aussi larges que possibles. Dans le premier cas, il convient de s'assurer que les travaux de recherche sont déclinés en documents de synthèse utiles pour le décideur et s'assurer, dans le deuxième cas, que les sujets retenus par le décideur peuvent conduire à des développements théoriques ou empiriques pouvant faire l'objet, à terme, de publications. Les chercheurs interrogés dans l'étude indiquent cependant que si l'intersection n'est pas vide, tous les sujets ne sauraient être déclinés dans les deux dimensions (aide à la décision et publication académique). Outre la reconnaissance de ce dernier point, il importe de procéder à la co-construction du programme de travail entre les deux partenaires, en ayant soin d'identifier aussi précocement que possible les attendus pour chaque domaine retenu. Est aussi suggérée une réserve de capacité de production d'environ 25% permettant de répondre dans des délais courts à des demandes intercurrentes avec le programme de travail, afin de démontrer la réactivité de la chaire à des questions d'actualité ou des besoins spécifiques du décideur.

Un certain nombre de domaines et sujets porteurs ont été identifiés, sur lesquels des collaborations sont susceptibles d'être nouées avec les centres de recherche représentés dans l'étude de benchmark.

**Dans le domaine spécifique de l'hôpital**, la priorité porte sur la mesure de la production hospitalière, de son efficacité et de sa qualité, sur les principaux déterminants de la croissance des dépenses ainsi que le retour sur investissement des fonds publics. La définition d'indicateurs d'efficacité prenant en compte d'éventuels effets d'ajustement à la baisse de la qualité et de l'accessibilité apparaît centrale pour la mise en œuvre de mécanismes de rémunération optimaux. Mener des analyses sur la taille optimale des structures hospitalières et sur les bénéfices attendus de fusions et reconfigurations apparaît utile, sous réserve que soient prises en compte d'éventuelles relations de complémentarité ou de substitution entre structures. Au delà d'une simple recherche d'économies de court terme au niveau d'une structure donnée, il convient d'aborder, avec les professionnels concernés, l'analyse des gains de productivité réalisables pour permettre de nouveaux investissements, et s'interroger sur la façon de les ré-allouer. Une perspective suffisamment large devrait être adoptée pour intégrer l'amont et l'aval des soins hospitaliers, afin d'inclure des incitations à éviter des hospitalisations non pertinentes ou des réadmissions évitables. Les travaux américains récents (2), développés dans le cadre de Medicare, se concentrent sur cette question avec notamment, un intérêt fort pour l'inclusion, dans le forfait couvrant les soins hospitaliers, des soins situés en aval.

De manière plus large a été évoqué l'intérêt de sujets portant sur les mécanismes d'incitation à l'adoption, par les individus, de styles de vie propices à la bonne santé, la définition de politiques de prévention et de réduction des risques, notamment chez les adolescents (alcool, substances addictives, sur-utilisation des réseaux sociaux). Ont aussi été fréquemment cités les sujets de recherche sur les modes de paiement optimaux, à conduire avec les décideurs, ainsi que les analyses du marché du travail en santé.

(2) D. Clay Ackerly and D. Grabowski, 'Post-Acute Care Reform – Beyond the ACA', NEJM, Feb. 20, 2014. Randall P. Ellis & Denzil G. Fiebig & Meliyanni Johar & Glenn Jones & Elizabeth Savage, 2013. "Explaining Health Care Expenditure Variation: Large-Sample Evidence Using Linked Survey And Health Administrative Data," Health Economics, John Wiley & Sons, Ltd., vol. 22(9), pages 1093-1110, 09.