

Rapport de la Commission

sur l'Avenir

des Centres Hospitaliers Universitaires

présidée par le Professeur Jacques MARESCAUX

Mai 2009

Composition de la Commission sur l'Avenir des CHU

Président de la Commission :

- M. le Pr. Jacques MARESCAUX, CHU de Strasbourg – Chef du service de chirurgie digestive et endocrinienne

Membres de la Commission :

- M. le Pr. Jean-François BACH, Secrétaire Perpétuel de l'Académie des Sciences
- Mme Michèle BARZACH, Ancien Ministre - Consultant en Stratégie Santé
- M. Jean-Luc BELINGARD, Président laboratoire IPSEN
- M. le Pr. Alain DESTEE, Président de la Conférence des Présidents de CME des CHU, Chef du service de neurologie, CHU Lille
- Mme le Pr. Mojgan DEVOUASSOUX-SHISHEBORAN, Chef de service, Laboratoire d'anatomie pathologique, groupement hospitalier Nord, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon
- M. le Pr. Yvon BERLAND, Président de l'Université de la Méditerranée, Chef du service de néphrologie et dialyse rénale, Hôpital de la Conception, Marseille
- Mme le Pr. Christine CLAVEL, INSERM UMRS 903 CHU Reims, Laboratoire Pol Bouin
- M. le Pr. Bernard DEBRÉ, Ancien Ministre, Député du 16^{ème} arrondissement de Paris
- M. le Pr. Alain FISCHER, Chef du service d'immunologie & d'hématologie pédiatrique, Groupe hospitalier Necker – Enfants malades, Fédération de Pédiatrie
- M. le Pr. Bertrand FONTAINE, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service de neurologie génétique
- M. le Pr. Richard FRACKOWIAK, Chef du service de neurologie, CHUV de Lausanne
- M. le Pr. Jean-Marie DESMONTS, Conseiller au cabinet de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, Professeur consultant Hôpital Bichat-Claude Bernard, Service d'anesthésie et de réanimation chirurgicale
- M. le Pr. Thierry FREBOURG, Chef de service clinique génétique, CHU Rouen - Hôpital Charles Nicolle
- M. le Pr. Pierre FUENTES, Responsable du Service de Chirurgie Thoracique, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille
- Mme Catherine GENISSON, Députée du Pas-de-Calais, Vice-présidente de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales & Sociales de l'Assemblée Nationale
- Mme le Dr. Emilie GREGOIRE, Service de chirurgie digestive et transplantation hépatique, Hôpital de la Conception, Marseille
- M. le Pr. Claude GRISCELLI, Président de la Fondation Imagine - Institut des Maladies Génétiques
- M. le Pr. Jean-Luc HAROUSSEAU, Directeur Général du Centre de Lutte contre le Cancer Nantes-Atlantique (Centre René Gauducheau)
- M. Alain HERIAUD, Directeur Général CHU de Bordeaux

- M. Eric LABAYE, Directeur Général McKinsey & Company
- M. le Pr. Olivier LYON-CAEN, Chef du service de neurologie 4, ICM - Institut du Cerveau et de la Moelle Epinière - CHU Pitié-Salpêtrière
- Mme le Pr. Anne-Marie MAGNIER, Directrice du Département d'Enseignement & de Recherche en Médecine Générale DERMG, UFR Médicale Pierre et Marie Curie
- M. le Pr. François OLIVENNES, Coordinateur du Centre de fécondation in vitro Eylau – La Muette
- M. le Pr. Jean PONSONNAILLE, Professeur consultant CHU de Clermont-Ferrand - Hôpital Montpied, Service de cardiologie et maladies vasculaires
- M. André ROSSINOT, ancien Ministre, Maire de Nancy
- M. le Pr. Philippe-Gabriel STEG, Université Paris 7 - Denis Diderot, Service de cardiologie & INSERM U-460, Hôpital Bichat
- M. Philippe SUDREAU, Directeur Hôpital Saint Louis
- M. le Pr. Serge UZAN, Chef du service de gynécologie-obstétrique, Hôpital Tenon, Doyen de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
- M. le Pr. Guy VALLANCIEN, Chef du service d'urologie, Institut Mutualiste Montsouris

Rapporteurs de la Commission :

- M. Nicolas COLIN, inspecteur, Inspection Générale des Finances
- Mme Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU, inspectrice générale des affaires sociales, Inspection Générale des Affaires Sociales
- M. François MONGIN, inspecteur général des finances, Inspection Générale des Finances
- M. Jacques-Bertrand de REBOUL, inspecteur, Inspection Générale des Affaires Sociales

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
PREMIERE PARTIE : DIAGNOSTIC DES CHU, ENJEUX ET DEFIS.....	9
1. UN BILAN DES CHU REVELANT UNE SITUATION CONTRASTEE ET HETEROGENE.....	9
1.1. Bilan des activités de soins : une place importante dans l'offre de soins hospitaliers, qui ne se réduit pas à l'activité de soins spécifiques	9
1.2. Bilan des activités d'enseignement : un rôle majeur des CHU dans la formation des professionnels de santé, dont la mesure de la performance reste partielle.....	11
1.3. Bilan des activités de recherche : des performances insuffisantes en matière de recherche biomédicale	13
1.4. Eléments de bilan transversal.....	15
2. UN CONTEXTE ECONOMIQUE DÉGRADÉ.....	16
2.1. Les moyens dévolus globalement aux missions des CHU, importants, sont majoritairement supportés par l'assurance-maladie	16
2.2. La plupart des CHU sont aujourd'hui dans une situation financière difficile	16
3. LES CHU ONT A FAIRE FACE A UNE PRESSION RENFORCEE SUR LES SOINS ET LA FORMATION, POTENTIELLEMENT DEFAVORABLE A LEUR ACTIVITE DE RECHERCHE.....	18
3.1. La pression sur les soins mobilise des moyens importants et peut contribuer à dégrader la situation économique.....	18
3.2. La hausse du numerus clausus va mobiliser plus fortement les ressources du CHU	20
3.3. La situation actuelle est globalement défavorable à l'activité de recherche.....	21
4. LA GOUVERNANCE DES CHU NE REFLETE PAS ASSEZ LEUR TRIPLE MISSION, ET NOTAMMENT LES MISSIONS UNIVERSITAIRES	25
4.1. Une gouvernance complexe	25
4.2. Une place insuffisante accordée aux missions universitaires.....	27
4.3. Les comparaisons internationales montrent l'attention portée par nos principaux partenaires à l'équilibre entre les trois missions.....	28
SECONDE PARTIE : PROPOSITIONS	30
1. LES GRANDS PRINCIPES QUI DOIVENT GUIDER LA REFONDATION DES CHU	30
1.1. Renforcer la synergie entre les trois missions des CHU et adapter leur gouvernance à la double dimension universitaire et hospitalière	30
1.2. Faire des CHU, aux côtés des universités, les acteurs dominants d'une recherche translationnelle.....	31

1.3. Distinguer les exigences respectives de l'approche collective et de l'approche individuelle de la triple mission des CHU.....	31
1.4. Prendre en compte le nouveau contexte de la recherche biomédicale, qui doit inciter aux coopérations et à la complémentarité	31
1.5. Concilier une qualité accrue de la recherche biomédicale avec celle de la formation de professionnels de santé en grand nombre	32
1.6. Inscrire les CHU dans la double dynamique de la LRU et de la rénovation du schéma institutionnel de recherche en sciences du vivant.....	33
2. LES REFORMES STRUCTURANTES A ENGAGER	33
2.1. Les CHU doivent être en mesure de conduire leur triple mission dans un cadre de pilotage et de gouvernance adapté	33
2.2. Une dynamique de recherche biomédicale à relancer.....	36
2.3. Une politique de gestion des talents et des hommes renouvelée en adéquation avec ces objectifs d'excellence.....	41
2.4. Permettre aux CHU d'assurer la formation des médecins en cohérence avec la double préoccupation d'excellence sanitaire et de recherche	46
2.5. Prendre en compte la spécificité des missions de soins dans un environnement hospitalo-universitaire	47
2.6. Créer les conditions d'un pilotage conjoint des missions enseignement et recherche des CHU au niveau national.....	50
CONCLUSION	52
LETTRE DE MISSION	54
LISTE DES PERSONNALITES ET ORGANISATIONS ENTENDUES PAR LA COMMISSION.....	56

INTRODUCTION

- **Par lettre du 24 novembre 2008, le Président de la République a confié au Professeur Jacques MARESCAUX la mission de dresser un état des lieux des centres hospitaliers universitaires (CHU)** au regard de la triple mission – soins, enseignement et recherche – qu'ils assurent depuis l'ordonnance du 30 décembre 1958¹, et de proposer de nouveaux axes de réforme pour garantir le maintien d'un niveau d'excellence dans chacun de leurs domaines de compétences. La Commission placée sous sa présidence a été installée le 9 janvier 2009 à Strasbourg par le Président de la République, à l'occasion de l'expression de ses vœux aux personnels de santé.
- **La Commission, qui a conduit ses travaux entre janvier et avril s'est dotée d'une méthode de travail visant à répondre au mieux à la mission qui lui était confiée**². En particulier, elle a constitué en son sein six groupes de travail, entre lesquels se sont répartis tous ses membres. Les thèmes assignés à chacun de ces groupes ont permis d'appréhender l'ensemble du champ d'investigation à couvrir³.
- **Les travaux de la Commission ont débuté peu avant la discussion parlementaire sur le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST)**⁴. Tout en s'inscrivant dans la perspective fixée par sa lettre de mission, la Commission a eu à cœur de mettre ses réflexions en cohérence avec ce texte. Elle a également tenu compte du cadre posé par la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités (dite « LRU »), qui va faire évoluer les relations, d'une part, entre les universités et leurs composantes de santé⁵ et, d'autre part, entre les universités et les centres hospitaliers universitaires. Pour s'assurer de cette double cohérence avec ces textes d'adoption récente ou prochaine, le président de la Commission s'est notamment entretenu à plusieurs reprises avec la ministre de la santé, de la jeunesse des sports et avec la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.
- **La Commission a procédé à l'audition de nombreux acteurs issus du monde hospitalo-universitaire français ou en lien direct avec lui** : organisations professionnelles et syndicales, services des ministères concernés, autorités et agences techniques, organismes de recherche, universités⁶. Ses rapporteurs se sont rendus dans trois régions (Strasbourg, Lille, Nantes) pour examiner l'organisation concrète des missions de soins, d'enseignement et de recherche, la place accordée à la recherche et les relations instaurées entre l'université et l'hôpital. Enfin, soucieuse d'élargir son horizon comparatif, la Commission s'est penchée

¹ Ordonnance du 30 décembre 1958 relative à la création des CHU, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

² Cf. lettre de mission annexée.

³ Le bilan de la production de soins, d'enseignement et de recherche des CHU (groupe animé par Jean-Marie DESMONTS) ; les missions de soins spécialisés des CHU et leur mode de financement (groupe animé par Philippe SUDREAU) ; les missions de recherche des CHU et leur mode de financement (groupe animé par Jean-Luc BELINGARD) ; les missions d'enseignement et de formation des CHU (groupe animé par Serge UZAN) ; la gestion des carrières des personnels hospitalo-universitaires et des médecins hospitaliers des CHU (groupe animé par Jean-François BACH) ; la gouvernance et le management des CHU (groupe animé par Michèle BARZACH).

⁴ Le débat sur le projet de loi HPST a débuté le 10 février 2009 en première lecture à l'Assemblée nationale, où il s'est achevé le 18 mars. Il se poursuivra au Sénat à compter du 11 mai.

⁵ Facultés de médecine, de pharmacie et d'odontologie.

⁶ Cf. liste des personnes auditionnées et rencontrées annexée.

avec attention sur différents modèles d'organisation des CHU en Europe et outre-Atlantique⁷.

- **Le présent rapport établit la synthèse de ses travaux.** Il présente dans une première partie le bilan des CHU, 50 ans après leur création dans l'exercice de leur triple mission et met en perspective ce diagnostic avec les enjeux et défis auxquels ils vont être confrontés dans les prochaines années. Il en ressort notamment que la situation actuelle se caractérise par une accumulation de difficultés et de fragilités, ainsi qu'une place accordée aux missions universitaires qui a tendance à s'éroder au fil du temps. La deuxième partie du rapport énonce les principes qui doivent guider la refondation et le nouveau souffle à donner aux CHU pour les futures années.

⁷ Cf. la présentation des comparaisons internationales en annexe n°2. L'échantillon comprend des hôpitaux universitaires en Europe (Royaume-Uni, Pays-Bas, Belgique) et aux Etats-Unis (universités Harvard, Johns Hopkins et Stanford).

Première partie : Diagnostic des CHU, enjeux et défis

1. UN BILAN DES CHU REVELANT UNE SITUATION CONTRASTÉE ET HÉTÉROGÈNE

- **En créant les CHU, l'ordonnance « Debré » de 1958 visait à constituer des centres d'excellence médicale sur l'ensemble du territoire national.** Les CHU avaient pour finalité d'attirer les meilleurs praticiens dans le secteur public pour y exercer conjointement les trois missions de soins, de formation et de recherche, grâce à un environnement adapté à cette activité⁸. Près de 50 ans après l'adoption de ce texte fondateur, la dénomination de CHU, qui concerne aujourd'hui 27 établissements⁹, pose un cadre général d'activité de soins, d'enseignement des disciplines sanitaires et de recherche. Ce cadre, a priori uniforme, recouvre une réalité disparate, dont témoignent plusieurs indicateurs¹⁰.

1.1. Bilan des activités de soins : une place importante dans l'offre de soins hospitaliers, qui ne se réduit pas à l'activité de soins spécifiques

1.1.1. Une place importante dans l'offre de soins hospitaliers

- **Les CHU pèsent d'un poids non négligeable dans le paysage des établissements de santé français.** Ils représentent à eux seuls le quart des capacités d'hospitalisation du secteur public, mesurées en nombre de lits et places. Ils assurent chaque année 4 millions de séjours, soit un séjour d'hospitalisation sur six.
- **En termes de part de marché, les CHU représentaient en 2007 21,4 % de l'ensemble médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) en hospitalisation complète et partielle,** à comparer à 40,7 % pour les autres établissements publics, 8,1 % pour les établissements privés à but non lucratif et 29,8 % pour les établissements privés à but lucratif¹¹. L'hospitalisation en médecine représente la majorité des séjours MCO dans les CHU, avec 71,7 %, contre 21,5 % pour la chirurgie et 6,8 % pour l'obstétrique. Entre 2004 et 2007, période de montée en charge de la tarification à l'activité (T2A), le secteur privé lucratif a perdu 2,8 points de part de marché en MCO, essentiellement au bénéfice des établissements publics hors CHU (+ 2,1 points), mais aussi de ces derniers (+ 0,6 point, dont + 1,4 point sur la seule chirurgie). La prédominance de l'activité MCO des CHU ne doit pas occulter le fait que leur place est aussi significative en matière de soins de suite et soins de longue durée.

⁸ Cf. fiche sur les aspects institutionnels du CHU en fiche technique n°1.

⁹ Les 27 CHU représentent 75 112 lits (26,5 % du total des lits publics d'hospitalisation ; 17,2 % du total des lits) et 6 662 places (20,2 % du total des places publiques d'hospitalisation ; 12,4 % du total des places). Ils employaient 9 894 personnels HU (dont 5 662 PU-PH) au 31/12/2007 – Source : DREES.

¹⁰ Cf. annexe 1.

¹¹ Données DREES.

1.1.2. Une spécialisation limitée des CHU

- **Les activités de recours et de référence sembleraient devoir caractériser fortement la mission de soins des CHU. Or, l'analyse en termes de spécificité d'activité des CHU fait ressortir les éléments suivants :**
 - les actes dont la pratique est concentrée dans les CHU ne représentent qu'une faible part de leur volume global d'activité. Ainsi les activités pratiquées dans plus de 75 % des cas au sein des CHU ne représentent-elles que 2,1 % de leur activité sanitaire globale. Elles recouvrent quatre types d'interventions hautement spécialisées : les transplantations, la neurochirurgie intracrânienne et les embolisations de vaisseaux intracrâniens, la correction des grandes malformations congénitales et la prise en charge des grands brûlés¹². La proportion des séjours correspondant à ces activités spécifiques¹³ est variable d'un établissement à l'autre : s'établissant à 4,31% en moyenne nationale¹⁴, elle s'échelonne de 1,9% à Nîmes (5,7% des journées) à 6,2% à Lille (20,9% des journées), en passant par 3,5 % pour l'AP-HP (13,1 % des journées) ;
 - la prise en compte de nouveaux critères de sévérité de la version 11 du PMSI n'infirmes pas cette analyse. Au contraire, les cas les plus sévères sont bien traités dans les CHU, mais, là encore, ils représentent une très faible part de leur activité. La fréquence du taux de séjours relevant du niveau 4 (niveau de sévérité le plus élevé) est en moyenne nationale de 3,3 % pour les CHU (contre 2,9 % pour les centres hospitaliers et 1,1 % pour le secteur privé). Elle s'échelonne entre 4,7 % pour le CHU de Dijon et 2,1 % pour l'AP-HM, en passant par 3,9 % pour l'AP-HP ;
 - l'essentiel de l'activité des CHU relève donc des soins de premier recours. Les 20 activités les plus pratiquées dans l'ensemble du système de soins¹⁵ représentent 27,71% de l'activité des CHU, 34,17% de celle des CH et 34,49 % de celle des PSPH – à rapprocher du taux de 47,78 % dans le secteur privé –. La part de ces activités n'est donc pas très différente dans les CHU et dans les autres établissements de santé. Le constat est confirmé par l'analyse de la diversification des activités, qui montre que les CH les plus généralistes enregistrent autant de produits¹⁶ que les CHU : par exemple, le CH de Chambéry ou le CHR d'Orléans ne sont ni moins ni plus spécialisés de ce point de vue que ne l'est le CHU de Bordeaux. Comme ses homologues non universitaires, **le CHU consacre donc l'essentiel de son activité de soins aux activités de proximité ;**
 - l'âge de la patientèle des CHU confirme la prédominance des soins de premier recours dans l'activité des CHU. En prenant en charge entre 17 % et 28 % des patients majeurs en hospitalisation partielle, les CHU assurent une large offre de soins à l'ensemble de cette population. En hospitalisation complète, cette part varie entre 22 % et 32 % entre 25 et 65 ans, pour décroître ensuite au profit des établissements de long ou de moyen séjour spécialisés dans l'accueil des personnes âgées. La seule véritable spécificité des CHU concerne la pédiatrie, puisqu'ils assurent plus de 40 % de l'hospitalisation complète des patients âgés de 1 à 13 ans – les valeurs étant comparables en hospitalisation partielle¹⁷ –. Le profil de la patientèle des CHU est imputable au

¹² Données issues de l'étude « L'activité des CHU dans le PMSI : peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ? » ATIH (avril 2009), jointe au présent rapport.

¹³ En excluant la surveillance de greffe qui donne lieu à des prises en charge très différentes, faussant les comparaisons.

¹⁴ Ce taux de séjours monte à 5,49 % en intégrant la surveillance de greffe.

¹⁵ Comparaisons effectuées sur les 20 racines de GHM les plus fréquentes.

¹⁶ En nomenclature d'outil d'analyse du PMSI (OAP) – Données DREES.

¹⁷ Données DRESS.

fait qu'ils sont le plus souvent établis dans les aires urbaines dynamiques où se concentrent les actifs et qui sont souvent dépourvues d'autres structures hospitalières publiques ayant vocation à assurer la prise en charge des soins de proximité (19 des 25 aires urbaines les plus peuplées hébergent un CHU) ;

- au total, les CHU entretiennent une capacité d'intervention exclusive de haut niveau, tout en assurant au quotidien une production de soins de masse. Cette situation de « grand écart », qui traduit leur positionnement particulier dans le système de soins, est à l'origine d'un modèle de fonctionnement qui contribue à obérer leur situation financière (cf. *infra*).

1.1.3. Une hétérogénéité forte entre les CHU

- **Au-delà des données globales tous CHU confondus, ces établissements ne forment pas un groupe homogène.** Deux éléments ressortent plus particulièrement. D'une part l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) occupe une place résolument à part puisque ce CHU représente, sur les différents indicateurs de capacité, d'activité ou de personnel, huit à 11 fois la moyenne des autres CHU. Il assure en outre à lui seul près de 20 % des activités de recours de l'ensemble des CHU¹⁸. D'autre part, à l'opposé, nombre de CHU sont de petite taille et se rapprochent davantage de gros centres hospitaliers généraux. Or une taille insuffisante peut constituer un réel handicap lorsqu'une masse critique est nécessaire, ce qui est généralement le cas pour la recherche et le développement de soins hautement spécialisés.
- **Au fil du temps, les CHU sont donc devenus des hôpitaux à vocation universelle en ce qui concerne les soins, couvrant une gamme très étendue allant des activités les plus basiques à celles mettant en jeu les compétences et les techniques les plus spécialisées. C'est précisément cette coexistence qui pèse aujourd'hui sur le modèle, aussi bien en termes d'équilibre des missions dévolues à ces entités, que de financement.**

1.2. Bilan des activités d'enseignement : un rôle majeur des CHU dans la formation des professionnels de santé, dont la mesure de la performance reste partielle

- **L'enseignement et la formation des médecins, pharmaciens et odontologistes sont l'une des trois missions des CHU**, aux côtés des soins et de la recherche. S'agissant de la médecine, l'enseignement comporte une partie théorique, qui se déroule sur les bancs de l'université, et une partie pratique prenant la forme de stages accomplis sous la maîtrise de praticiens confirmés, soit en milieu hospitalier, soit dans des cabinets de médecins installés en ville. A la fin du deuxième cycle des études de médecine, l'examen classant national (ECN) ouvre à la voie à l'internat de médecine, cursus d'une durée de trois ans sanctionné par un diplôme d'études spécialisées.

¹⁸ L'AP-HP se caractérise à ce titre par l'étendue de sa « zone de chalandise » : toutes disciplines confondues, la part d'activité régionale ou supra-régionale de cette dernière représente 30 à 35 % des hospitalisations de plus de 48 heures.

1.2.1. Des évolutions quantitatives et qualitatives fortes sur la formation des médecins

- **Les CHU ont connu des phases contrastées de démographie étudiante** : après la période de contraction du numerus clausus dans les années 1980, celui-ci a été progressivement augmenté à partir de 1992/1993 (3 500) pour atteindre 7 300 en 2007/2008 soit le niveau de 1980.
- **La capacité globale de formation est aujourd'hui d'environ 20 000 étudiants de médecine en deuxième cycle**. En troisième cycle, les CHU accueillent six internes sur dix¹⁹, avec un taux d'encadrement²⁰ variable suivant l'établissement. Etabli à 1,29 interne par enseignant en moyenne à l'échelle nationale, il varie de 0,96 à l'AP-HP, où l'encadrement des internes est le plus élevé, à 2,16 au CHU de Nîmes, en passant par 1,45 à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM)²¹. Cette disparité forte entre les CHU témoigne de l'inégale répartition des PU-PH sur le territoire : sur les 5 640 hospitalo-universitaires titulaires, 31,5 % sont localisés en Île-de-France, le reste du pays se partageant le solde de façon hétérogène (88 PU-PH à Limoges, mais 252 à Toulouse ; 89 PU-PH à Saint-Etienne, mais 332 à Lyon ; 99 PU-PH à Reims, mais 225 à Strasbourg). Il n'y a guère qu'au niveau inter-régional que ces écarts se retrouvent lissés (cf. *supra*). Les CHU accueillent également les étudiants des facultés de pharmacie et d'odontologie, mais sans que les liens et synergies entre les différentes composantes de santé soient aujourd'hui toujours optimisés. Ils contribuent enfin à la formation des futurs professionnels paramédicaux.
- **Au terme d'une réforme progressivement mise en œuvre depuis 2001, la médecine générale a accédé au rang de spécialité**, ce qui implique que l'ensemble des étudiants en troisième cycle de médecine se voient reconnaître le statut d'interne en médecine. Auparavant, le troisième cycle de formation des futurs médecins généralistes consistait en une période intitulée « résidanat », non sanctionnée par un diplôme d'études spécialisées et exigeant un moindre encadrement, notamment dans sa composante théorique. Dans tous les cas, la formation de troisième cycle revêt pour l'essentiel une dimension pratique, « au lit du malade » ou en cabinet de médecine générale, dont la logique est proche de celle du compagnonnage. Seuls les spécialistes futurs cadres de la recherche biomédicale poursuivent une formation à forte teneur théorique en troisième cycle, dans le cadre de cursus intégrés alliant médecine et sciences.

1.2.2. L'appréciation de la performance pédagogique reste partielle

- **Le pourcentage de réussite à l'ECN est le seul indicateur aujourd'hui disponible sur les performances des UFR de médecine**. Pour chaque faculté de médecine, la proportion des étudiants reçus dans les 1 000 premiers à l'ECN était de 18,7 % en moyenne nationale en 2008. Mais la dispersion est très prononcée, puisqu'elle va de 5,3 % à Paris XIII à 26,7 % à Paris V, la capitale rassemblant ainsi les deux extrêmes du spectre.
- **Il n'y a pas de corrélation apparente entre le taux d'encadrement des internes et l'indicateur de réussite à l'ECN**. Ainsi les facultés de Tours, Nantes et

¹⁹ Les étudiants de troisième cycle sont également accueillis par des établissements autres que les CHU et ayant conclu à cet effet une convention avec la faculté : ainsi des CLCC, de certains PSPH mais aussi, de manière croissante, des CH, ainsi qu'auprès de médecins généralistes.

²⁰ Le ratio d'encadrement calculé ici rapporte le nombre d'internes en médecine au nombre d'enseignants hospitalo-universitaires, titulaires ou non.

²¹ Données DREES.

Clermont-Ferrand, dont les taux d'encadrement s'établissent respectivement à 1,80, 1,36 et 1,26, enregistrent-elles les taux de réussite les plus notables à l'ECN, de 25,3 % en moyenne. Elles démontrent par là que des facultés associées à des CHU moyens ou petits, où le taux d'encadrement est faible, peuvent se révéler plus performantes que des organisations plus importantes et à fort encadrement, notamment à travers leur capacité à prendre en charge et à accompagner les étudiants.

- **Au total, le taux de réussite à l'ECN ne permet pas d'apprécier les performances en matière d'enseignement de façon exhaustive.** Il traduit certes la capacité des étudiants à réussir un concours et l'attractivité relative des facultés de médecine pour la préparation de ce dernier. Mais il ne renseigne absolument pas sur la qualité pédagogique du cursus de formation, tant théorique que pratique, ou sur son adaptation à l'activité professionnelle future. En particulier, il est singulièrement difficile de mesurer la qualité de l'encadrement des étudiants en médecine sur des lieux de stages de plus en plus divers au sein du système de soins. Dans l'attente de la montée en puissance de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) et des outils qu'elle pourrait développer à cette fin, il n'existe pas d'analyse globale de la performance des composantes médicales des universités, ou des disparités qui pourraient exister entre elles.

1.3. Bilan des activités de recherche : des performances insuffisantes en matière de recherche biomédicale

- **Le diagnostic sur la recherche biomédicale française est compliqué par la difficulté à distinguer la recherche conduite dans les CHU de celle menée dans d'autres cadres,** notamment les organismes de recherche. Le fonctionnement de l'ensemble repose d'ailleurs le plus souvent sur des unités mixtes associant plusieurs partenaires. Les analyses qui suivent mêlent tantôt une analyse globale sur la recherche biomédicale, tantôt, lorsque c'est possible, une analyse plus ciblée sur les CHU.

1.3.1. L'érosion des performances françaises

- **L'évolution récente de la recherche biomédicale française est globalement défavorable.** Sur la période 2001-2005, la France est certes parvenue à occuper la cinquième place mondiale en termes de volume de publications scientifiques dans le domaine des sciences de la vie et de la santé, avec un pourcentage de 4,4 % du nombre total de ces dernières. Mais ces positions s'érodent rapidement face à celles de nos principaux partenaires (Etats-Unis, Japon, Royaume-Uni, Allemagne), en particulier en recherche médicale et en biologie fondamentale. Ainsi, dans la part des publications françaises de référence internationale dans la production scientifique, la biologie fondamentale est-elle passée de 5,6 % en 1996 à 4,5 % en 2006 (-20,1 %), tandis que la recherche médicale chutait de 5,6 % à 4,2 % (-23,9 %)²².

1.3.2. Le rôle moteur des CHU en matière de recherche translationnelle

- **La typologie des formes de recherche dans les CHU conduit souvent à distinguer la recherche clinique et la recherche fondamentale.** Cette analyse peut être affinée

²² Cf. annexe n°4 sur l'état de la recherche biomédicale en France.

en faisant référence à la typologie des formes de recherche normalisée par l'OCDE²³ :

- la recherche fondamentale est non orientée et déductive. Venant de l'amont, elle est à l'initiative des chercheurs. Si elle peut déboucher sur des dépôts de brevets, elle est entreprise sans envisager d'application particulière ;
 - la recherche appliquée correspond aux travaux entrepris en vue d'acquérir des connaissances nouvelles dans un but déterminé ;
 - le développement expérimental englobe les travaux entrepris systématiquement à partir des résultats de la recherche en vue d'acquérir des connaissances supplémentaires sur les matériaux, les produits, les procédés, les systèmes et les services préalablement à une phase d'exploitation économique ;
 - l'innovation désigne l'ensemble des étapes scientifique, technique, commerciale et financière utilisant les résultats des activités de recherche et développement à des fins de lancement sur le marché de produits ou services nouveaux ou améliorés.
- **La notion de recherche translationnelle renvoie à la complémentarité entre les différentes formes de recherche, mais aussi à leur articulation avec l'activité de soins.** L'intégration des missions de soins et de recherche renvoie à l'idée d'un *continuum* entre observation du patient, recherche physio-pathologique, développement de nouveaux outils diagnostiques et thérapeutiques, recherche clinique et recherche épidémiologique et en santé publique. La recherche clinique à proprement parler recouvre selon les cas des activités de développement expérimental ou des activités d'innovation – lesquelles ne se rattachent pas formellement à la recherche et développement –.

1.3.3. Des performances très inégales entre les CHU

- **Sous toutes ses formes, l'activité de recherche dans les CHU se caractérise par un fort déséquilibre entre l'AP-HP et les autres établissements.** A elle seule, l'Île-de-France concentre 43 % des unités de recherche labellisées²⁴. Sa part dans le score SIGAPS national sur la période 2003-2007²⁵ est de près de 45 %. Enfin, elle absorbe 48 % des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC)²⁶.
- **A l'inverse de ce qui est observé pour l'enseignement, les performances en matière de recherche sont corrélées au volume des effectifs hospitalo-universitaires.** Plus ceux-ci sont nombreux, plus le score SIGAPS et le nombre de PHRC obtenus sont élevés. Ainsi les principales facultés parisiennes (Paris VII, VI, V, XII), où se concentrent un nombre particulièrement élevé d'hospitalo-universitaires, obtiennent-elles les meilleures performances à l'échelle nationale. Ce constat admet cependant des exceptions. Des facultés importantes comme Toulouse, Bordeaux, Marseille et Strasbourg enregistrent des performances

²³ Pour rendre les statistiques nationales comparables, l'OCDE a élaboré un manuel de recommandations dont la première édition est issue des travaux d'un groupe d'experts réunis en 1963 à Frascati (Italie). La sixième édition de ce manuel, datée de 2002, est reconnue et utilisée non seulement par les 30 États membres de l'OCDE, mais plus largement par l'ensemble des pays ayant une activité de recherche et développement.

²⁴ En 2007, 435 unités de recherche labellisées INSERM, CNRS ou autre EPST recensées.

²⁵ Cf. fiche sur le système SIGAPS en annexe. Le score SIGAPS national s'établit à 387 633, dont 173 873 pour l'Île-de-France.

²⁶ Sur la base de 394 PHRC nationaux, dont 188 pour l'Île-de-France.

au mieux moyennes. Pour les PHRC, par exemple, elles sont dépassées par celles de Rouen, Nantes et Lille, qui emploient pourtant moins d'hospitalo-universitaires.

- **Les performances en matière de recherche dépendent aussi étroitement de la qualité des liens noués entre hôpital et monde universitaire.** Sur ce point, il n'existe pas de modèle univoque. A Lille l'université est dominée par les composantes santé et entretient de longue date des relations très suivies avec le CHU. A l'inverse, l'université de Nantes est fortement pluridisciplinaire ; c'est donc avant tout avec les facultés de santé que se nouent les liens entre hôpital et composantes universitaires. Ces deux schémas, pourtant opposés, mettent en évidence que c'est la qualité et l'antériorité du partenariat qui conditionnent une activité de recherche bien organisée et performante.
- **Fondé sur des indicateurs bibliométriques, le score SIGAPS ne donne pas un aperçu exhaustif des performances de recherche.** Il fournit certes une indication régulièrement actualisée de la capacité d'un chercheur ou d'une unité de recherche à publier des travaux dans des revues de rang international. Mais il ne saurait épuiser à lui seul la performance de recherche médicale. D'une part, il ne renseigne pas sur l'efficacité de cette recherche et notamment sur les avancées thérapeutiques qui en résultent. D'autre part, il laisse de côté d'éventuels progrès de la recherche qui n'auraient pas fait l'objet d'une publication. Les travaux lancés en ce domaine par l'AERES en liaison avec la Haute autorité de la santé (HAS) devraient contribuer à enrichir la batterie des indicateurs disponibles²⁷.

1.4. Eléments de bilan transversal

- **Les disparités observées entre CHU pour ce qui est de l'enseignement et la recherche ont tendance à s'atténuer si les données sont agrégées à l'échelon interrégional²⁸.** A l'exception de l'Île-de-France du fait du poids qu'y occupe l'AP-HP, les inter-régions forment des blocs relativement homogènes pour la plupart des indicateurs²⁹. En se rapprochant et en identifiant des complémentarités entre eux, les CHU d'une même inter-région pourraient donc progresser sur plusieurs plans : accueil des étudiants dans les meilleures conditions possibles, mais aussi atteinte de la masse critique qui peut faire défaut à certains en matière de recherche, voire d'administration de soins hautement spécialisés.
- **La convention hospitalo-universitaire prévue à l'article 1^{er} de l'ordonnance de 1958³⁰ revêt généralement un caractère anachronique.** Lorsqu'elle existe³¹, cette convention, essentiellement de nature patrimoniale, est limitée à la détermination des conditions d'emploi de ressources immobilières et matérielles. Elle n'est jamais le support de l'identification d'une stratégie partagée de recherche entre l'hôpital et l'université, assortie d'objectifs et de moyens identifiés. Il est vrai que le rapprochement entre les deux parties est compliqué par le décalage temporel fréquent entre le contrat quadriennal de l'université et le contrat d'objectifs et de moyens du CHU.

²⁷ Notamment en identifiant de nouveaux indicateurs de formation et de recherche pour les CHU et les établissements associés et en proposant un référentiel d'autoévaluation des universités en matière de santé.

²⁸ La référence est constituée des 7 inter-régions prises en compte par le Schéma Interrégional d'Organisation des Soins (SIOS) : Rhône-Alpes, Paris-Île-de-France, Nord-Est, Nord-Ouest, Ouest, Sud-Est, Sud-Ouest.

²⁹ Cf. enquête menée auprès des doyens d'UFR en pièces jointes.

³⁰ Cf. annexe n° 3 sur les comparaisons nationales dans les relations entre l'université et le CHU.

³¹ Sur 40 UFR de médecine, 18 ont une convention HU signée ou en cours de négociation (pour sept d'entre elles) et 14 n'en ont pas.

2. UN CONTEXTE ECONOMIQUE DÉGRADÉ

2.1. *Les moyens dévolus globalement aux missions des CHU, importants, sont majoritairement supportés par l'assurance-maladie*

- **La reconstitution financière des moyens dédiés aux trois missions par les différents financeurs n'est pas aisée.** Au titre de leur triple mission, l'ensemble constitué par les CHU à proprement parler, les facultés de santé et les unités de recherche qui leur sont associées, bénéficie d'une part non entièrement identifiée de ressources issues de différentes enveloppes³² :
 - l'assurance-maladie a alloué aux CHU en 2007 un montant total d'environ 15 Mds€, dont 1,83 Md€ au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation et, en 2008, 70 M€ au titre du PHRC ;
 - le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, a consacré à la recherche en biologie et en santé un montant total d'environ 2,3 Mds€ en 2008, et à la formation initiale et continue en santé un montant estimé à environ 0,5 Md€. Les flux de ressources correspondants, soit environ 2,8 Mds€, transitent pour partie par les budgets des universités ayant accédé à l'autonomie renforcée – notamment pour financer le traitement de base des personnels hospitalo-universitaires employés par les universités ayant accédé à l'autonomie renforcée –, pour partie par les organismes de recherche à travers les unités mixtes auxquels ils participent, et enfin pour partie par des entités telles que l'Agence nationale de la recherche (ANR) sous la forme de financements compétitifs sur appel à projets ;
 - le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, leur a alloué un montant total d'environ 145 M€ en 2009.
- **En outre, cette consolidation reste partielle, dans la mesure où des flux significatifs destinés au financement de certaines de leurs missions ne sont pas repris dans les comptes des CHU ou des universités.**

2.2. *La plupart des CHU sont aujourd'hui dans une situation financière difficile*

- **En 2007, en dépit de la montée en puissance de la T2A³³, les recettes totales des CHU (19 Mds€³⁴) ont vu leur rythme de progression ralentir par rapport à 2006 (+ 2,8 %, contre + 3,8 %).** Il en va de même pour les grands centres hospitaliers non universitaires, même si les CHU sont affectataires d'une part notablement supérieure de l'enveloppe allouée au titre des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) (19,1 % pour l'AP-HP, 17,5 % pour les autres CHU, 8,6 % pour les CH)³⁵.

³² Cf. fiche technique n°3 sur la consolidation financière du périmètre des CHU.

³³ A l'origine d'environ 26 % des ressources des CHR en 2006.

³⁴ Ce montant inclut les sommes acquittées directement par les usagers.

³⁵ Données issues de la note « Situation économique des CHU entre 2002 et 2007 – Eléments de cadrage » (Mars 2009), DREES. La rétrocession des médicaments n'est pas intégrée dans les produits.

- **En 2007, 24 CHU sur 27 étaient en déficit.** Le montant cumulé de ce déficit atteint - 280 M€ (hors AP-HP), se traduisant par une rentabilité négative de - 2,1 % pour les grands CHU (contre -1 % en 2006). La situation s'est rapidement détériorée sur la période récente : en 2002, huit CHU étaient en déficit, et 14 en 2005. Au cours de l'année 2008, cette tendance s'est encore amplifiée.
- **Les charges de personnel, premier poste budgétaire de l'hôpital, ont repris leur progression.** Elles avaient légèrement diminué entre 2002 et 2006, passant de 68 % à 66,3 % des produits des CHU. Elles s'établissent désormais à 66,6 % en 2007, contribuant à la dégradation des performances financières.
- **Les investissements des CHU ont continué de croître en 2007, mais à un rythme plus modéré que par le passé (+ 2 %, pour atteindre 2 Mds€).** Il est vrai que cette année marque l'achèvement du plan « Hôpital 2007 », courant sur la période 2003-2007. Au cours de cette période, l'effort a été soutenu, puisque la part de l'effort d'investissement dans les produits des CHU est passée de 6,7 % à 10,5 %, leur permettant d'atteindre un taux de renouvellement de leurs immobilisations de 9 % (hors AP-HP).
- **La situation délicate dans laquelle se trouvent aujourd'hui les hôpitaux publics³⁶, notamment les CHU, emporte deux séries de conséquences.**
 - o **En premier lieu, les investissements sont de plus en plus financés par recours à l'endettement :**
 - la capacité d'autofinancement des CHU ne cesse de se réduire, puisqu'elle a chuté de 6,7 % de leurs produits en 2004 à 3,8 % en 2007. Simultanément, leur taux d'endettement a fortement progressé : de 27,3 % des ressources des CHU en 2002, il s'est accru à 43,7 % en 2007. En un an, le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement de leur dette (ratio d'endettement) par les CHU a presque doublé, passant de 4,4 en 2006, à 7,4 en 2007 ;
 - outre l'incertitude qu'elle fait peser sur les investissements futurs, cette tendance risque d'amorcer un cercle vicieux. Le recours accru à l'endettement se traduit en effet par un renchérissement des charges financières, qui vient peser sur une exploitation déjà dégradée. La tendance contribue ainsi à réduire encore davantage la part des ressources pouvant être affectée à l'autofinancement. Au surplus, l'endettement hospitalier, comptabilisé dans l'endettement des administrations publiques, vient directement dégrader le ratio national dette publique/PIB, pris en compte par l'Union européenne pour apprécier le respect par notre pays du Pacte de stabilité et de croissance.
 - o **En second lieu, l'ensemble des hôpitaux, y compris les CHU, sont aujourd'hui contraints de mettre en œuvre des plans de retour à l'équilibre :**
 - en matière de dépenses, les établissements concernés mettent en œuvre des mesures d'économie, souvent à caractère forfaitaire. Pour éviter une dégradation directe de la qualité des soins, les mesures de redressement portent le plus souvent en priorité sur les fonctions de soutien. Mais la masse salariale représentant les deux tiers des ressources des CHU, leur retour à l'équilibre suppose dans la plupart des cas un schéma pluriannuel de suppressions d'emplois dans des proportions significatives. Certains CHU

³⁶ Vraisemblablement amplifiée par la mise en place des « Etats Prévisionnels de Recettes et de Dépenses » (EPRD) en 2006, qui ont contraint les hôpitaux à une plus grande transparence budgétaire que par le passé en leur interdisant notamment de procéder à des reports de charges ou à une modulation excessive de leurs provisions.

(Nantes, Nancy, Nice, l'AP-HP) ont déjà rendu publiques leurs orientations en la matière ;

- en ce qui concerne les recettes, le développement de l'activité est parfois considéré comme une voie de recours. Les ressources allouées au titre des MIGAC, en particulier les MERRI (Missions d'Enseignement, de Référence, de Recherche et d'Innovation) dans les CHU, ne peuvent être mobilisées aux fins de retour à l'équilibre compte tenu du plafonnement qui s'applique à l'enveloppe de l'ONDAM hospitalier. En effet, à ONDAM stabilisé, tout accroissement des concours publics aux CHU a vocation à peser d'un montant équivalent sur les recettes liées à l'activité, par le truchement de tarifs alors révisés à la baisse. Enfin, le développement de l'activité ne fournit pas une solution en soi au problème des déficits, d'autant plus qu'il génère des charges supplémentaires : dans un CHU de la taille de l'AP-HP, 1 point d'activité supplémentaire n'induit que 25 M€ de recettes supplémentaires brutes.

3. LES CHU ONT A FAIRE FACE A UNE PRESSION RENFORCEE SUR LES SOINS ET LA FORMATION, POTENTIELLEMENT DEFAVORABLE A LEUR ACTIVITE DE RECHERCHE

3.1. *La pression sur les soins mobilise des moyens importants et peut contribuer à dégrader la situation économique*

- **Le nouveau modèle d'allocation de ressources sous forme de T2A conduit à exercer, davantage que par le passé, une pression sur l'activité,** source de produits pour le CHU. Perceptible depuis 2008, date du passage au financement à 100 % de T2A, cette logique se caractérise dans la plupart des établissements de santé, CHU compris, par une propension à optimiser la capacité de production de soins. En termes de moyens humains et médicaux particulièrement, cette évolution conduit, toutes choses égales d'ailleurs, à distraire une partie du temps des médecins, et particulièrement des PU-PH, de leurs missions universitaires.
- **Par ailleurs, les CHU sont conduits à assurer des soins de proximité à des coûts de revient nécessairement plus élevés que d'autres structures dont c'est la vocation première :**
 - la place significative occupée par les CHU dans l'offre de soins, telle qu'elle a été démontrée, a sans doute vocation à perdurer. Dans plusieurs régions, le CHU est le seul établissement public hospitalier de proximité, ce qui crée un effet de recours naturel. A la différence d'autres modèles étrangers, les hôpitaux universitaires français sont positionnés sur tous les segments de l'activité hospitalière, y compris l'activité courante et surtout l'accueil des urgences non vitales. Au demeurant, ce lien entre soins de base et missions universitaires est revendiqué par la Commission comme un élément fort du modèle français ;
 - néanmoins, l'importance des soins de proximité dans l'activité des CHU pèse sur leur efficacité globale. Affecter les structures spécifiques du CHU, adaptées à la pratique d'actes de recours exceptionnel, à des activités de soins qui ressortissent davantage à la médecine de premier recours ne peut que mettre en évidence un hiatus structurel pénalisant entre les moyens et les objectifs. Les CHU ne peuvent néanmoins infléchir seuls la tendance, puisque l'afflux des malades dans les services d'urgence résulte principalement des carences de la médecine de proximité en dehors de l'hôpital. L'infléchissement de la tendance à l'engorgement de l'hôpital en général, et du CHU en particulier, passe donc par une meilleure maîtrise de l'offre

extra-hospitalière de soins primaires, qui devra être orchestrée par les futures Agences Régionales de Santé (ARS). Ces dernières devront s'employer à favoriser une orientation des patients vers les structures les plus adaptées à leurs besoins, en utilisant les différents leviers mis à leur disposition à cette fin (meilleure régulation des gardes pédiatriques et de médecine générale, développement des « maisons de santé », articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social déterminante pour un accueil adapté des personnes âgées...) ;

- la moindre pression de demande de soins de premier recours ne réglera cependant pas la question du surcoût des activités courantes réalisées en CHU. Les MERRI ont aujourd'hui vocation à couvrir une partie de ces surcoûts spécifiques. Mais la production de soins relativement courants à des coûts supérieurs à ceux observés dans les centres hospitaliers ne traduit pas une grande efficacité du système. La réponse à cette difficulté pourrait passer dans certains cas par une organisation permettant de mieux distinguer l'activité relevant des centres hospitaliers non universitaires de celle relevant des CHU, au moins dans de grandes métropoles, dont le CHU est déjà multipolaire. Une autre piste peut aussi consister, au sein même des CHU, à distinguer des services ou des pôles qui ont une activité très prédominante, voire exclusive, de soins, par rapport à ceux qui y adjoignent véritablement des missions universitaires (*cf. infra, Partie II Propositions*), notamment dans une perspective d'allocation plus adaptée des ressources.
- **Les soins de recours et innovants ne font pas toujours l'objet d'une rémunération adéquate :**
- le modèle économique en vigueur peine à refléter les particularités des CHU en termes de coûts de revient. L'existence de financements spécifiques pour les MERRI et la révision successive des classifications médicales n'ont pas réglé toutes les difficultés. L'exemple du passage en 2009 à la V11 de la T2A, censée mieux prendre en compte la sévérité des cas, ne se traduirait pas, sur la base des premières simulations réalisées, par des effets majeurs sur les budgets des CHU. Ceci résulte à la fois de la place limitée qu'occupent en part relative les soins spécifiques (*cf. supra*) et du fait que cette hausse mesurée se traduit, toujours dans la logique de l'ONDAM, par une baisse concomitante équivalente des moyens alloués à l'activité courante. Ainsi, si la maquette de financement des CHU colle de plus en plus à la réalité de leur activité, elle ne contribue pas pour autant en tant que telle au règlement de leurs importantes difficultés financières ;
 - une difficulté identifiée par la Commission réside dans la prise en charge inadaptée de l'innovation et des techniques spécifiques, ainsi que dans l'insuffisante traduction tarifaire d'actes spécifiques (consultations pluridisciplinaires, actes de biologie et d'anatomie pathologique de recours et de biologie moléculaire innovants) ;
- **Au total, les CHU font donc face à un choc ininterrompu de demande dans leur activité de soins**, dont la régulation est rendue complexe par un mécanisme de tarification les incitant par ailleurs au développement de leur activité. La prédominance des préoccupations d'équilibre financier peut alors les amener, en privilégiant les soins, à prêter moins d'attention aux missions de recherche et d'enseignement.

3.2. La hausse du *numerus clausus* va mobiliser plus fortement les ressources du CHU

- **Les missions d'enseignement et de formation, dont le financement relève prioritairement des universités, pèsent pour une part non négligeable sur les ressources allouées aux CHU.** La formation pratique des futurs médecins en milieu hospitalier mobilise en effet des équipements et du temps de travail des praticiens hospitaliers, universitaires ou non. A ce titre, ces missions sont incluses dans l'ensemble des MERRI. Elles font l'objet d'une compensation financière sous la forme de dotations globalisées prenant notamment en compte le nombre d'étudiants à encadrer des deuxième et troisième cycles de médecine, odontologie et pharmacie.
- **L'augmentation tendancielle du *numerus clausus* expose les CHU à un accroissement substantiel du volume de leurs activités d'enseignement et de formation.** Elle est motivée par l'objectif de prévenir la décrue des effectifs médicaux liée aux départs massifs en retraite. La DREES a tenu compte de cette planification pour la conception d'un scénario tendanciel qui, comme le montre le tableau ci-après, prévoit un *numerus clausus* établi à 7 100 pour 2007, 7 300 pour 2007 puis une augmentation progressive jusqu'à atteindre 8 000 en 2020, avant d'être à nouveau diminué jusqu'en 2030³⁷. D'une manière générale, le cursus de formation des médecins tout comme les cursus dans les autres disciplines de santé sont donc exposés à une augmentation de l'ordre de 15 % de leurs flux d'entrée à l'horizon 2012. Les CHU doivent tenir compte de ce « choc de demande » dans l'exercice de leurs missions d'enseignement et de formation ainsi que des tensions dans les services d'accueil des étudiants et internes – sans oublier la question du post-internat et des débouchés correspondants, pour lequel des difficultés sont d'ores et déjà prévisibles à l'issue de l'année universitaire 2008-2009 –.

Tableau n°1 – Evolution du *numerus clausus* suivant le scénario tendanciel de la DREES

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Numerus clausus</i>	7 100	7 300	7 600	7 800	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<i>Numerus clausus</i>	8 000	8 000	7 900	7 800	7 700	7 600	7 500	7 400	7 300	7 200	7 100	7 000

Source : DREES, 2009.

- **Le contexte d'exercice de la mission d'enseignement est aussi affecté par la réforme des études de médecine générale, globalement source de tensions :**
 - les CHU et leurs universités partenaires devront renforcer leurs capacités d'encadrement de la formation théorique des étudiants. Alors que les résidents ne fréquentaient plus les bancs de l'université, les internes en médecine générale devront y être présents environ une demi-journée toutes les deux ou trois semaines. Outre les difficultés d'organisation occasionnées pour les services accueillant ces internes en stage, cette obligation impose aux universités de recruter des professeurs d'université et maîtres de conférence en médecine générale pour développer l'enseignement de certaines disciplines, tels les soins primaires. Il n'est pas possible à ce jour de quantifier ces besoins. Mais, à structures et à moyens constants, ces recrutements se feront au détriment des autres spécialités ;

³⁷ DREES, *Etudes et résultats*, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », n° 679, février 2009.

- la sanction du troisième cycle par un diplôme d'études spécialisées va aussi conduire à renforcer l'encadrement de la formation pratique. La transformation de la médecine générale en spécialité ne va certes pas modifier substantiellement la formation de troisième cycle des médecins généralistes : comme les anciens résidents, les nouveaux internes de médecine générale devront effectuer quatre stages d'un semestre, dont un au sein d'un CHU. Mais les exigences vis-à-vis des maîtres et lieux de stages seront renforcées dans la perspective de l'obtention du diplôme ;
 - toutefois, la mise en place d'une maquette obligatoire va aussi conduire à progressivement modifier la nature des stages proposés. Certains services, trop spécialisés, ne seront plus agréés pour accueillir en stage des internes de médecine générale.
- **Les facultés de médecine ne se sont pas restructurées pour tenir compte de ces évolutions.** Nombre d'entre elles, souvent adossées à des CHU de petite taille, n'ont peut-être pas aujourd'hui la dimension nécessaire pour faire face à l'augmentation du *numerus clausus*, au renforcement de l'encadrement des étudiants notamment de troisième cycle, ou au développement de formations pointues à l'attention des futurs cadres de la recherche biomédicale dans le cadre des cursus intégrant médecine et sciences.
 - **Au total, les CHU doivent donc également faire face à un choc prévisible de demande dans leur mission d'enseignement.** L'arrivée des premières promotions d'internes de médecine générale et la mise en place du L1 Santé à la rentrée universitaire 2010, imposent des réponses rapides. De manière plus qualitative, les lieux de formation pratique des futurs médecins ne sont pas toujours en adéquation avec les besoins. A titre d'exemple, l'évolution des prises en charge, particulièrement en chirurgie courante, dont la concentration dans le secteur privé est une réalité avérée depuis plusieurs années déjà, doit conduire à envisager un élargissement potentiel des lieux de stage.

3.3. La situation actuelle est globalement défavorable à l'activité de recherche

- **Les CHU remplissent une fonction stratégique dans le domaine de la recherche biomédicale.** Pluridisciplinaires, ils sont le lieu unique permettant le développement d'une médecine personnalisée au lit du malade et son prolongement dans des activités de recherche. Toutefois, tandis que l'activité de soins est déterminée par l'afflux des malades et les pathologies à prendre en charge, le volume comme l'orientation des activités de recherche des CHU sont déterminés avant tout par les ressources qui sont allouées à cette fin. Deux logiques distinctes coexistent en matière de financement des activités de recherche biomédicale : les ressources peuvent être allouées aux équipes médicales et aux structures qui les hébergent sous la forme de dotations récurrentes ; elles peuvent également être allouées directement à certains projets de recherche, au terme de procédures compétitives d'appel à projets.

3.3.1. Les vertus de la logique de financement par appel à projet

- **Le financement direct des projets de recherche selon une logique d'appel à projets compétitif apparaît vertueux à de nombreux égards :**
 - afin d'échapper à la logique de financement par reconduction d'enveloppes de crédits d'une année sur l'autre, le financement sur projet consiste à allouer

des ressources d'une façon plus dynamique, afin de récompenser la performance des unités de recherche ;

- sans intervenir directement dans les travaux de recherche, les agences de financement sur projet telles qu'elles fonctionnent à l'étranger ont pour mission de sélectionner et de financer les meilleurs projets de recherche sur la base d'une procédure de revue par les pairs (« *peer review* ») ;
 - soumis à l'agence de financement par la communauté scientifique, les projets sont conçus selon une logique « *bottom up* ». Mais ils s'inscrivent aussi dans le cadre d'une programmation établie selon une logique « *top down* », traduite par la répartition des moyens entre les différentes agences thématiques de financement. Tout en laissant l'initiative aux chercheurs, les pouvoirs publics disposent ainsi d'une faculté d'orientation des travaux à l'échelle nationale ;
 - dans le cadre d'une stratégie donnée, le financement sur projet repose donc avant tout sur la valeur intrinsèque de la communauté scientifique, mobilisée y compris pour orienter les travaux de recherche. Dans le cas des projets dits « blancs », aucun cahier des charges n'est imposé *a priori* aux unités répondant aux appels à projet ;
 - le financement sur projet s'inscrit dans un processus comportant trois étapes : la programmation, la sélection des projets et l'évaluation des résultats obtenus. Le développement du financement sur projet est donc propice à un pilotage du financement de la recherche par la performance, favorisant un partage de culture avec le secteur privé qui s'inscrit de longue date dans cette logique ;
 - au total, le financement de la recherche sur projet ménage une plus grande flexibilité dans l'allocation des ressources, récompense les projets les plus ambitieux et l'excellence des performances, redonne l'initiative aux chercheurs dans le cadre d'une politique scientifique définie à l'échelon national et favorise les contacts avec le secteur privé afin de mieux valoriser la recherche.
- **L'analyse des meilleurs CHU étrangers montre que le financement des activités de recherche sur projet constitue un facteur décisif de développement de la recherche d'excellence :**
- au Royaume-Uni, le financement par appel à projets est assuré par les *Research Councils*, spécialisés en sept champs disciplinaires. Les ressources sont allouées sur le fondement des réponses aux appels à projets fournies par les unités de recherche ou par les producteurs de recherche à titre individuel. L'évaluation est réalisée par les pairs. Ces ressources contribuent à hauteur de 40 % aux activités de recherche conduites dans les universités, en particulier dans les disciplines de santé ;
 - aux Etats-Unis, plus de 80 % du budget des *National Institutes of Health* (NIH) sont alloués chaque année au financement de 50 000 projets. Ces financements mis en place au terme de procédures compétitives (*grants*) concernent plus de 300 000 chercheurs au sein de 3 000 universités, facultés de médecine et autres institutions de recherche biomédicale aux Etats-Unis ou ailleurs dans le monde. Seules 10 % des ressources sont allouées à des projets conçus et mis en œuvre en interne par les NIH.
- **En France, seule une faible part des ressources affectées aux activités de recherche en biologie et santé est allouée selon des procédures compétitives d'appels à projet.** Il s'agit des ressources allouées:
- dans le cadre du PHRC, issues de l'assurance-maladie et dont le montant total s'établit à 70 M€ en 2008 ;

- par les différentes agences nationales de financement sur projet, qu'elles soient spécialisées en recherche biomédicale (ANRS, INCa) ou généralistes (ANR). Le montant des ressources allouées chaque année par l'ANRS et l'INCa s'élève à environ 80 M€³⁸, venant en financement de projets dont le coût complet est trois fois supérieur, soit un montant total d'environ 240 M€. L'ANR a alloué en 2007 aux disciplines de la biologie et de la santé 27,8 M€ au titre du programme « blanc », 5,77 M€ au titre du programme « Jeunes chercheuses et jeunes chercheurs » et 355,1 M€ dans le cadre du département « Biologie-Santé »³⁹. Au total, ce sont donc 388,67 M€ qui ont été alloués par l'ANR à des projets dans les domaines de la biologie et de la santé. Ce montant représente environ un tiers du coût complet des projets, qui s'établit donc à plus de 1,1 Md€ ;
- à la France au titre du programme cadre de recherche et développement (7ème PCRD) finançant les appels à projets communautaires dans la priorité santé, qui s'établit sur deux ans (2007 et 2008) à 128 M€⁴⁰.

3.3.2. Les limites du mode de financement actuel

– **C'est donc le financement des structures et des unités de recherche par des dotations récurrentes qui prédomine encore en France. Or il présente de nombreux inconvénients :**

- sur le long terme, cette tendance provoque des phénomènes de rente ou d'abonnement. Par le biais des dotations récurrentes, des ressources continuent d'être allouées à des unités de recherche déclinantes au lieu d'être réorientée vers des unités plus prometteuses mais qui, faute d'une visibilité suffisante, ne parviennent pas encore à obtenir de ressources auprès de partenaires extérieurs publics ou privés. En pratique, le financement par dotation récurrente tend à figer les situations car il conduit à indexer les ressources sur les effectifs existants et préserver les équilibres entre disciplines ;
- la rigidité des structures de dépenses limite le montant des ressources mobilisables pour la mise en œuvre ponctuelle de projets donnés. Les unités tendent donc à se concentrer sur des projets peu coûteux au lieu de privilégier des projets plus ambitieux mais qui, même ponctuellement, peuvent nécessiter des investissements massifs ;
- dans ces conditions, les unités de recherche sont incitées à solliciter des ressources auprès d'autres organismes de financement que leur structure de rattachement ou de tutelle. La multiplicité des sources de financement complexifie alors la gestion et dilue les responsabilités. Les unités de recherche dans les CHU témoignent au quotidien des effets négatifs d'une multiplicité des sources de financement, par ailleurs dénoncée par le rapport Zerhouni⁴¹ ;
- enfin, à l'échelle nationale, le financement par dotation récurrente prive les pouvoirs publics de réel levier pour piloter la politique scientifique. Chez nos principaux partenaires, la politique de recherche est conduite par les pouvoirs publics via la répartition d'un budget global entre les différentes agences thématiques de financement. L'Etat peut ainsi réorienter les priorités thématiques et leur donner une plus grande visibilité, sans être contraint par le « cliquet » d'une reconduction des moyens à leur niveau antérieur. En France, au contraire, les moyens sont majoritairement reconduits chaque année de

³⁸ Cf. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

³⁹ Cf. Agence Nationale de la Recherche, *Rapport d'activité 2007*.

⁴⁰ Cf. Direction générale de la santé, *ibid*.

⁴¹ AERES, *Rapport du comité international d'évaluation de l'INSERM : améliorer l'avenir de la recherche dans le domaine des sciences de la vie et de la santé en France*, 2008.

manière globalement identique, sans traduction dans les faits de la volonté – pourtant maintes fois réaffirmée dans le discours politique – de donner la priorité à la recherche dans certains domaines, tels les sciences de la vie.

- **Les défauts du financement de la recherche par dotation récurrente sont une incitation forte à la transformation des organismes actuels de recherche en « agences de moyens »** renonçant à toute gestion directe des opérations de recherche pour se concentrer sur l'allocation massive de ressources aux projets les plus prometteurs et, à travers eux, aux unités les plus performantes. Comme le recommande de façon très pertinente le rapport Zerhouni en ce qui concerne l'INSERM, « *les entités françaises chargées d'effectuer et de mener à bien les recherches doivent être distinctes de celles responsables du financement et de l'évaluation de cette recherche. En séparant ces deux fonctions, la gestion de la recherche peut être menée à proximité immédiate de la recherche et des chercheurs, et les décisions de financement peuvent être prises sans conflits d'intérêts* ».
- **La recherche biomédicale dans les CHU pâtit de la conjonction de facteurs structurels défavorables :**
 - le fait que les financements accordés aux CHU ne soient pas clairement identifiables entre leurs différentes activités (soins, recherche et enseignement) crée d'inévitables tensions en matière d'allocation des ressources et expose les entités concernées à des arbitrages aux termes desquels la recherche est souvent perdante. A moyens constants au sein des CHU, le risque existe que la recherche continue d'être prise en étau entre les activités de soins et d'enseignement ;
 - de fait, contrairement aux activités de soins et à l'enseignement, l'activité de recherche n'est pas pilotée en réponse à une demande exprimée. Le volume de l'activité de soins est largement contraint par l'afflux des malades, tandis que celui de l'activité d'enseignement est conditionné par l'évolution des effectifs étudiants. De son côté, la recherche, faute de répondre à une demande immédiate, est largement déterminée et orientée par les ressources qui lui sont spécifiquement allouées et l'évaluation plus ou moins rigoureuse qui vient sanctionner l'utilisation de ces ressources. Dans les faits, la priorité va naturellement au patient par rapport à l'étudiant ou, *a fortiori*, à une recherche dont les effets ne sont, dans le meilleur des cas, perceptibles qu'à long terme. La routine fait donc qu'au fil du temps, **la composante hospitalière des CHU tend à prendre le pas sur leur composante universitaire ;**

L'affaiblissement des performances nationales en matière de recherche biomédicale peut conduire à renforcer la thèse d'une recherche au CHU mise à mal par l'évolution défavorable de la demande de soins et d'enseignement et d'une inadaptation du mode d'allocation des ressources à la recherche.

3.3.3. La dégradation des performances biomédicales.

- **La dégradation des performances de la recherche biomédicale française commande une réaction urgente.** La France s'efforce encore laborieusement de cheminer vers un objectif de dépenses de recherche et développement de 3 % de son PIB⁴², près de dix ans après le sommet de Lisbonne⁴³. Dans le même temps, ses

⁴² Sa Dépense Nationale de Recherche-Développement (DNRD) était estimée à 2,13 % pour 2007, soit moins qu'en 1985 (2,18 %) - Données issues du Rapport sur les politiques nationales de recherche et de formation supérieures annexé au projet de loi de finances pour 2009 (p. 131).

partenaires et les grands pays émergents, sans forcément faire mieux en termes de volume, ont fait le choix d'investir activement dans les secteurs les plus porteurs pour l'avenir, au premier rang desquels la recherche biomédicale. Ce constat a été largement souligné par plusieurs rapports récents, comme celui de la Cour des Comptes de mars 2007⁴⁴ et celui du Comité d'orientation de la recherche du ministère de la santé de janvier 2009⁴⁵, qui pointent la faiblesse persistante des moyens consacrés à cette recherche.

- **Il importe donc de renouer avec des conditions plus harmonieuses d'exercice de la triple mission.** Un équilibre doit être réaménagé entre, d'une part, la composante universitaire de recherche et d'enseignement et, d'autre part, la composante hospitalière centrée sur les soins. Dans l'esprit de l'ordonnance de 1958, le statut particulier des enseignants-chercheurs praticiens hospitaliers (PU-PH et MCU-PH) avait vocation à incarner cette synthèse. Mais celle-ci doit aussi trouver sa traduction dans l'organisation même du CHU. Administration des soins, pilotage de la recherche, adaptation des modes d'enseignement ou déroulement des carrières doivent intégrer l'impératif d'équilibre entre les trois missions.

La gouvernance de cet ensemble, qui n'est assimilable ni à un centre hospitalier de droit commun, ni, a fortiori, à une entité sanitaire commerciale principalement guidée par la rentabilité, doit être conçue pour préserver ce délicat équilibre.

4. LA GOUVERNANCE DES CHU NE REFLETE PAS ASSEZ LEUR TRIPLE MISSION, ET NOTAMMENT LES MISSIONS UNIVERSITAIRES

4.1. Une gouvernance complexe

- **La gouvernance des CHU, principalement régie par le code de la santé publique, frappe au premier abord par sa complexité.** Elle implique de la part de ceux qui y participent un effort de concertation, qui se double d'une recherche permanente d'équilibre des pouvoirs entre les uns et les autres : le directeur général, le président de la commission médicale d'établissement (CME), le doyen de la faculté de médecine. Elle se caractérise surtout par le fait que **la dimension universitaire, bien que consacrée par les missions d'enseignement et de recherche qui incombent aux CHU, n'est pas suffisamment présente dans les instances concernées.** Les règles de gouvernance des établissements de santé ont régulièrement donné lieu à des réformes au cours des dernières années, la dernière en date étant l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé adoptée à l'appui de la mise en place du plan « Hôpital 2007 », très récemment entrée en vigueur.
- **Les défauts de la gouvernance des CHU sont révélés au grand jour notamment par la tension financière qui s'exerce aujourd'hui sur le système.** Le schéma de gouvernance des CHU préserve la représentation d'intérêts professionnels différenciés, qui ont vocation à converger pour que l'ensemble qui les fédère puisse fonctionner normalement. Mais il ne va pas sans difficultés lorsque des dissensions apparaissent entre ses acteurs sur la stratégie à mettre en œuvre. Dans

⁴³ En mars 2000, les chefs d'Etat et de gouvernements de l'UE se sont fixé pour objectif de faire de l'Union "l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique au monde d'ici à 2010".

⁴⁴ Rapport public thématique de la Cour des Comptes, *La gestion de la recherche publique en sciences du vivant*, mars 2007.

⁴⁵ Comité ministériel d'orientation de la recherche, *Document d'orientation de la recherche biomédicale et en santé n°1*, janvier 2009.

cette situation, les diverses composantes associées à la gouvernance des CHU sont au mieux tirées par leur logique propre, au pire à l'origine de dissensions nuisibles à l'organisation dans son ensemble :

- les équipes de direction concentrent leur attention sur l'activité de soins et la prise en charge des malades. Dans ce domaine, les exigences de retour à l'équilibre financier pèsent très fortement. La montée en puissance rapide de la T2A a amplifié les difficultés inhérentes à l'exploitation de structures hospitalières particulièrement lourdes par nature (*cf. supra*). Fortement relayée par le ministère de la santé, la préoccupation du retour à l'équilibre n'a évidemment rien d'illégitime. La disparition progressive de la capacité d'autofinancement des CHU ne peut en effet qu'entraîner une dérive de leur endettement, préjudiciable aux finances publiques, ainsi qu'une diminution corrélative de leurs investissements, à terme préjudiciable aux patients et à la capacité d'innovation thérapeutique. A ce jour, les critères d'évaluation des directeurs généraux de CHU ne comportent du reste pas d'objectifs se rattachant aux missions universitaires de ces structures ;
 - les présidents de CME, élus par leurs pairs, sont porteurs des intérêts de la communauté médicale et soignante. A ce titre, ils se soucient au premier chef de la qualité des soins et des conditions dans lesquelles les patients sont pris en charge. La priorité accordée à l'intérêt du malade, fondement de la déontologie médicale, n'est pas en soi susceptible de critiques. Mais, aux yeux du corps médical, elle semble contredite par des efforts de redressement financier dont la récurrence est mal vécue et dont la légitimité est affectée année après année par la persistance des déficits ;
 - les doyens d'UFR de médecine, de pharmacie et d'odontologie se préoccupent de la qualité de l'enseignement et des performances des étudiants. Cette préoccupation est d'autant plus légitime que la formation des médecins est l'une des trois missions fondatrices du CHU et que le relèvement du *numerus clausus* dans les années à venir provoquera une augmentation sans précédent des effectifs d'étudiants en médecine. Mais, là encore, cette obligation contraignante en termes de temps pédagogique et de compagnonnage peut se heurter à l'exigence d'urgence des soins médicaux, à l'inadaptation des capacités matérielles d'accueil, ou à la conduite d'un projet de recherche imposant un minimum de continuité pour les équipes qui y sont impliquées.
- **Or il est incontestable que le bon fonctionnement du CHU suppose une alchimie particulière et des relations fluides et confiantes entre les uns et les autres,** de préférence autour d'un projet d'établissement clairement exprimé et partagé. D'autres éléments que ceux liés au rôle et au tropisme de chacun des acteurs peuvent toutefois venir perturber cet équilibre :
- la disparité statutaire des membres de l'exécutif du CHU : le directeur général est une autorité nommée par le pouvoir politique central, alors que le président de la CME et le doyen de la faculté sont des autorités élues localement par leurs pairs. La situation ne contribue donc pas à l'alignement entre eux d'acteurs dont les mandats sont, dès le départ, de nature différente. A cet égard, le système français se distingue radicalement des modèles étrangers, notamment anglo-saxons, qu'a pu examiner la Commission. Dans la plupart des cas, les différentes autorités impliquées dans la gouvernance des CHU (qu'il s'agisse du président d'université, des membres du directoire, du doyen de la faculté, des directeurs de pôle médical), sont nommés par un conseil (*board*) composé de l'ensemble des contributeurs financiers aux trois missions. Nommés par le *board*, ils sont responsables uniquement devant celui-ci, qui les maintient en fonction, les promeut ou les révoque au seul vu de leurs performances ;

- l'inadaptation des instances délibérantes : l'organe exécutif du CHU est placé sous le contrôle d'un conseil d'administration, organe délibérant, compétent pour se prononcer notamment sur les questions stratégiques et financières. Or ce conseil ne joue pas le rôle qu'il conviendrait d'en attendre, au moins pour deux raisons. D'une part, il est pléthorique du fait de l'exigence paritaire (pas moins de 54 membres à l'AP-HP, aux HCL et à l'AP-HM) et son volume rend vain tout débat autre que de principe. D'autre part, il est présidé par le maire de la commune où est établi le CHU, collectivité qui n'intervient pas dans le financement de la structure, mais y porte néanmoins une forte attention liée au fait que le CHU est, dans la plupart des cas, le premier employeur local. Une telle structure ne permet pas au conseil d'administration d'exercer un réel pouvoir d'orientation du CHU – et le place évidemment à l'opposé complet du modèle du *board* observé à l'étranger –. Les orientations tracées par le projet de loi HPST sur ce point ont précisément pour objectif de mettre fin à une telle situation ;
- le positionnement ambigu des pôles hospitaliers dans les CHU : la logique de l'ordonnance de 2005 impose de constituer des entités de gestion avec une taille minimale. Mais préserver l'équilibre entre les trois missions oblige également à s'articuler correctement avec les logiques disciplinaires au regard des besoins pédagogiques et de recherche. Pour de multiples raisons, cette double logique est loin d'avoir prévalu dans plusieurs CHU, conduisant ainsi à des découpages parfois artificiels, privilégiant parfois la satisfaction des exigences de gestion sur celles que pouvait imposer un exercice plus cohérent des missions. Il convient cependant de souligner que les CME ont été associées à cet exercice.

4.2. Une place insuffisante accordée aux missions universitaires

- **Les textes en vigueur ne ménagent pas aux universités un rôle significatif dans la gouvernance des CHU**, sinon via la convention hospitalo-universitaire conclue entre le CHU et l'université, aujourd'hui par l'intermédiaire du doyen de la faculté de médecine. Comme il a été signalé plus haut, **le caractère très formel de ces conventions, le plus souvent réduites à des considérations immobilières, ne permet pas d'associer l'université à une approche stratégique de la triple mission des CHU**. Lorsqu'elles existent, celles-ci sont rarement révisées périodiquement. Les situations dépendent en réalité du bon vouloir local entre l'université et le CHU, et de la dynamique existant ou non entre ces deux parties. L'articulation de ces outils avec d'autres vecteurs contractuels n'est pas bien assurée, même si la LRU précise désormais que cette convention doit s'articuler avec le contrat quadriennal de l'université. Les déplacements effectués par les rapporteurs de la Commission ont mis en évidence que l'hétérogénéité prévaut en la matière entre les sites.
- **A l'échelon central, retrouver l'équilibre entre les trois missions suppose un dialogue entre les deux autorités de tutelle des CHU** que sont, d'une part, le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et, d'autre part, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. **A défaut d'un tel dialogue, les pouvoirs publics se sont privés par le passé de la possibilité de définir une stratégie unifiée et ambitieuse à la fois sur le pilotage des CHU, mais aussi plus largement sur l'impulsion à donner au plan national en matière de recherche biomédicale.**
- **L'entrée en vigueur de la LRU devrait profondément modifier à l'avenir le positionnement des universités partenaires et renforcer leurs exigences dans le dialogue avec le CHU :**
 - les présidents d'université, dont l'autonomie sera renforcée, devraient s'investir plus fortement dans la définition et la mise en œuvre de stratégies

d'établissement en matière d'enseignement et de recherche. La perspective est donc au renforcement du rôle des universités comparativement aux organismes de recherche (mise en place du mandat de gestion unique) et aux autres entités (dont les hôpitaux, jusqu'ici seuls actifs en matière de recherche clinique) ;

- par ailleurs, un mouvement de rapprochement des universités est engagé au travers des « pôles de recherche et d'enseignement supérieur » (PRES), voire de fusions d'établissements (nouvelle Université de Strasbourg et projets allant dans ce sens à Aix-Marseille ou à Lille). La tendance est donc également au renforcement de l'interdisciplinarité des stratégies de recherche, mouvement dont les sciences du vivant ne pourront pas, et ne devront surtout pas, s'abstraire.
- **Les comités de la recherche biomédicale et en santé publique (CRBSP), prévus par un décret de novembre 2007 avaient vocation à être un lieu de partenariat et d'échange** sur la recherche biomédicale entre le CHU, l'université et les organismes de recherche. Là encore, l'hétérogénéité est de mise. Les sites dans lesquels cette instance fonctionne correctement et participe d'une dynamique collective sont ceux où, historiquement, des liens étroits ont été tissés entre CHU et université. Ailleurs, le dispositif s'est plaqué de manière formelle, sans créer d'effet d'entraînement.
- **Dans l'ensemble, la montée en puissance des universités devrait favoriser l'émergence de stratégies d'établissement** en matière de recherche biomédicale, à partir desquelles tant les entités nationales de financement sur projet (l'ANR, l'ANRS, l'INCa ou, demain, l'INSERM reprofilé suivant les recommandations du rapport Zerhouni) que les universités elles-mêmes pourront demander de plus en plus de comptes aux CHU sur leurs performances en matière de recherche et sur les moyens qui y sont alloués – à commencer par le temps de travail des hospitalo-universitaires dont le traitement de base est pris en charge par l'université –. Le dialogue entre responsables du système hospitalier et responsables du système universitaire devrait donc progressivement se nouer et prospérer du fait de l'accession des universités au statut d'autonomie renforcée.

4.3. Les comparaisons internationales montrent l'attention portée par nos principaux partenaires à l'équilibre entre les trois missions

- **L'analyse conduite par la Commission au travers de divers modèles étrangers met en lumière plusieurs enseignements⁴⁶ :**
- les relations entre université et hôpital ne se conforment pas à un modèle unique : dans certains cas, l'hôpital est un établissement de l'université mais, dans d'autres cas, il en est totalement indépendant ;
 - une caractéristique commune est la formulation d'objectifs stratégiques partagés sur les trois missions, souvent résultante de participations croisées à des instances de gouvernance, ou à tout le moins de mise sur le même plan d'objectifs afférant à la triple mission ;
 - dans tous les exemples examinés, les médecins sont très fortement impliqués dans le management et le pilotage des structures : les postes de direction sont le plus souvent occupés par des médecins exerçant ces fonctions à temps plein et développant à ce titre de véritables compétences managériales ;

⁴⁶ Cf. annexe 2.

- une autre caractéristique prévalente est la déconcentration importante de la gestion et des moyens entre les mains des acteurs ;
- certains éléments semblent toutefois difficiles à transposer dans le système français : ainsi de la nomination de managers par des *boards*, qui se distingue de l'élection ou de la nomination par une autorité centrale, ou de la généralisation du mode de financement de la recherche sur appel compétitif à projets.

Seconde partie : Propositions

1. LES GRANDS PRINCIPES QUI DOIVENT GUIDER LA REFONDATION DES CHU

Un certain nombre de principes forts doit guider l'ensemble des réformes et actions à engager, pour conforter un système hospitalo-universitaire français qui a démontré son efficacité et restaurer la dynamique de recherche des CHU.

1.1. Renforcer la synergie entre les trois missions des CHU et adapter leur gouvernance à la double dimension universitaire et hospitalière

Les CHU sont des établissements de santé spécifiques, dont la mission de soins, et notamment de recours, doit être réaffirmée et effectivement garantie, faute de quoi les deux autres missions ne pourront s'exercer correctement. Le contexte de tensions financières observées dans les CHU rend cette observation d'autant plus importante, et requiert des mesures adaptées pour les surmonter.

Le renforcement de la synergie entre les trois missions – soins, enseignement, recherche – peut garantir l'efficacité de l'organisation française. **La complémentarité et la proximité de ces trois activités demeurent essentielles** : dans les CHU, la qualité de la recherche conditionne étroitement celle de l'enseignement et des soins. L'activité de recherche médicale doit être en prise directe avec l'activité de soins, qui vient la fertiliser en permanence.

Les expériences étrangères⁴⁷ analysées par la commission, aussi diverses puissent-elles être s'agissant de la structuration institutionnelle caractérisant la relation entre l'université et l'hôpital (allant de l'intégration complète à la séparation institutionnelle), présentent toutes comme points communs une synergie forte entre les missions et une préoccupation constante pour une bonne articulation des institutions académique et hospitalière par l'intermédiaire de structures décisionnelles et de pilotage ad hoc. **La dimension universitaire et la recherche y occupent une place tout particulièrement forte.**

La triple mission confiée aux CHU doit donc s'exercer à l'avenir dans un **cadre de gouvernance fortement rénové** pour permettre l'expression harmonieuse de chacune des composantes : l'hôpital s'agissant des soins, et l'université pour la recherche et l'enseignement. Encore faut-il que **cette gouvernance refondée soit effective à tous les niveaux, depuis les instances délibératives du CHU jusqu'à ses entités opérationnelles (départements), en passant par son exécutif.**

⁴⁷ L'annexe n°2 présente les enseignements des comparaisons internationales analysées dans le cadre des travaux de la Commission.

1.2. Faire des CHU, aux côtés des universités, les acteurs dominants d'une recherche translationnelle

Les CHU sont le lieu unique d'un continuum entre observation du patient, recherche physio-pathologique (compréhension des mécanismes des maladies), développement de nouveaux outils diagnostiques et thérapeutiques, recherche clinique, recherche épidémiologique et en santé publique. Le développement de la recherche translationnelle, à l'interface entre recherche cognitive et recherche clinique, nécessite un dialogue entre chercheurs et cliniciens, un maillage des structures, une organisation flexible, une vision stratégique partagée entre les différents acteurs et un lien permanent avec la fonction de soins des CHU, qui vient irriguer leur capacité d'innovation.

Les CHU ont donc vocation à être des acteurs moteurs dans le développement de la recherche biomédicale française de demain, grâce à leur structuration profondément originale, qui les met à même d'assurer la synthèse entre ces deux extrêmes de leur activité que constituent les soins de proximité d'une part, et la recherche la plus pointue selon les canons universitaires d'autre part.

1.3. Distinguer les exigences respectives de l'approche collective et de l'approche individuelle de la triple mission des CHU

S'il est incontestable que la triple mission doit être assurée par les CHU et, en leur sein, par des équipes et entités qui fédèrent collectivement ses trois composantes, il reste, au plan individuel, que son exercice simultané n'apparaît pas réaliste au regard de la professionnalisation croissante requise dans chacun des domaines concernés.

Une telle conjonction semble d'autant plus hors de portée que s'y ajoute un nombre croissant de fonctions managériales et administratives, fortement consommatrices de temps. **Le principe d'une gestion souple et modulée de l'exercice des valences universitaire et hospitalière appréciées à l'échelle d'un individu, tout au long de sa carrière, doit désormais pragmatiquement prévaloir.** Cette flexibilité conditionne largement l'attractivité de la carrière hospitalo-universitaire, comme la préservation de l'intégrité des missions de service public mises en œuvre par les CHU.

1.4. Prendre en compte le nouveau contexte de la recherche biomédicale, qui doit inciter aux coopérations et à la complémentarité

La recherche biomédicale requiert de plus en plus de moyens lourds et coûteux pour être efficace. Elle doit donc tendre vers la masse critique dans un environnement caractérisé par une forte concurrence internationale et une spécialisation croissante. Cette tendance de long terme doit conduire à une réflexion impartiale sur les coopérations et les complémentarités entre CHU, et à l'émergence de réelles priorités par site, dont l'articulation et la cohérence pourraient alors être appréciées au plan inter-régional, les inter-régions présentant des caractéristiques relativement proches les unes des autres dans les domaines de la recherche et de l'enseignement (à l'exclusion de l'Île-de-France, qui fausse toute comparaison).

La hiérarchisation de la dynamique de recherche peut se décliner à la fois au niveau des établissements et entre sites :

- **au niveau de l'établissement**, toutes les équipes hospitalo-universitaires n'ont assurément pas le même niveau, certaines déjà labellisées et rivalisant à un niveau international, d'autres ayant une ambition plus limitée ; ceci doit conduire les CHU à être en capacité de hiérarchiser leurs équipes et d'identifier lucidement les thématiques d'excellence de leur site, tout en encourageant l'émergence d'équipes désireuses de progresser ;

- **au niveau régional, voire inter-régional**, certaines équipes peuvent être conduites à mutualiser leurs moyens et à développer une stratégie de recherche commune, en vue d'accéder à la taille critique sous l'impulsion d'une équipe dominante. La coordination inter-sites peut alors fournir une réponse à la difficulté que rencontrent notamment de petits CHU en matière de recherche, même si un éloignement géographique excessif peut affecter l'efficacité de ce rapprochement.

Cette question de la taille critique, particulièrement nécessaire pour les missions de recherche, mais aussi de soins dans certains cas, n'a pas conduit la mission à prendre position sur la question du nombre de CHU. L'hétérogénéité des CHU ne doit pas déboucher sur une remise en cause de certains d'entre eux, mais sur un travail de coopération inter CHU et inter-universitaire. L'heure étant à une approche flexible et large des relations hospitalo-universitaires, associant notamment des CLCC, des PSPH, des CH sur certaines des missions universitaires, une telle logique prend tout son sens. En revanche, il est clair que toute nouvelle labellisation de CHU apparaîtrait anachronique avec cette tendance.

1.5. Concilier une qualité accrue de la recherche biomédicale avec celle de la formation de professionnels de santé en grand nombre

Le développement d'une nouvelle dynamique de recherche dans les CHU ne doit pas s'opérer au détriment de leur mission d'enseignement et de formation des professionnels de santé. En effet, la France doit simultanément s'employer à faire rebondir sa recherche biomédicale et absorber le ressaut d'un numerus clausus de l'ensemble des professions de santé, qui va se traduire par une multiplication par trois du nombre d'étudiants en médecine au cours des cinq prochaines années. La conciliation entre une concentration renforcée des moyens au titre de la recherche de très haut niveau et un élargissement du vivier des lieux de stages et de formation pour la formation des médecins devra donc être assurée, quitte à devoir envisager à terme des approches novatrices sur leur processus de formation. En outre, la mise en place, aujourd'hui envisagée à l'appui de la réforme LMD, de cursus universitaires au profit des professions non médicales qui interviennent à l'hôpital (infirmières, orthophonistes, kinésithérapeutes, orthoptistes...) peut également contribuer au renforcement des exigences de l'enseignement sanitaire pesant sur les CHU. Enfin, dans ce cadre, l'articulation des missions entre UFR de médecine, de pharmacie et d'odontologie devra être renforcée, dans une optique de mutualisation de ressources d'enseignement et de synergies interdisciplinaires.

Au demeurant, qualité de la recherche et qualité de la formation interagissent l'une sur l'autre : notre pays n'améliorera ses positions en recherche biomédicale que si ses professionnels de santé sont correctement formés, notamment à cette fin, et dans la perspective de développer le plus tôt possible les vocations pour la recherche. De ce double point de vue, pour les hospitalo-universitaires, l'habilitation

à diriger des recherches scientifiques apparaît aussi importante que la capacité pédagogique.

1.6. *Inscrire les CHU dans la double dynamique de la LRU et de la rénovation du schéma institutionnel de recherche en sciences du vivant*

Les évolutions législatives récentes et les orientations tracées en matière d'enseignement supérieur et de recherche, doivent être pleinement prises en compte. La loi relative aux libertés et responsabilités des universités du 10 août 2007 et l'ensemble des textes subséquents, notamment les dispositions relatives aux responsabilités et compétences élargies (RCE), placent l'université dans une position de forte autonomie et responsabilité en matière de politique d'enseignement et de recherche, y compris dans les sciences du vivant et à l'égard de sa composante « santé », lui conférant au niveau territorial un rôle majeur.

Par ailleurs, les options tracées par le rapport d'évaluation de l'Inserm⁴⁸, appuyées par les réflexions en cours sur la stratégie nationale de recherche, visent à distinguer les fonctions d'agence de moyens de celles de conduite de projets, dont la supervision ressortirait davantage à l'université. **Ces deux logiques convergent, dans tous les cas, sur un renforcement notable de la place de l'Université dans le dispositif.**

2. LES REFORMES STRUCTURANTES A ENGAGER

2.1. *Les CHU doivent être en mesure de conduire leur triple mission dans un cadre de pilotage et de gouvernance adapté*

2.1.1. Renforcer la dimension universitaire du CHU par une adaptation à la triple mission à tous les niveaux de ses structures de gouvernance : directoire, conseil de surveillance et futurs départements hospitalo-universitaires (DHU).

La composante hospitalière du CHU consacre un établissement de soins singulier compte tenu des trois missions qui lui sont confiées. La stratégie de l'établissement doit être le reflet de cette triple mission à travers le projet médical d'établissement, le CPOM, mais aussi la convention hospitalo-universitaire. Son organisation et les modalités de sa gouvernance doivent également prendre pleinement en compte ces trois missions, assorties d'un rôle accru de l'université pour toutes les décisions se rapportant à la recherche et à l'enseignement.

L'analyse des expériences étrangères fait nettement ressortir que la qualité de l'interaction entre l'université et l'hôpital, notamment pour la coordination au quotidien des trois missions, est l'une des clefs de la réussite des hôpitaux universitaires. Au-delà de la grande diversité dans la gouvernance des CHU, caractérisée par des degrés très variables d'intégration entre l'hôpital et l'université, **on observe partout une présence de l'université et/ou de la faculté de médecine dans les instances décisionnelles du CHU.**

⁴⁸ Rapport d'évaluation de l'AERES sur l'INSERM - novembre 2008, dit « rapport Zerhouni ».

En premier lieu, afin de traduire la triple mission du CHU au sein de ses instances dirigeantes et de garantir que la stratégie de l'établissement soit élaborée et mise en œuvre en prenant pleinement en compte chacun des trois aspects d'une manière globale et intégrée, il convient d'associer les ministères de tutelle (Santé, Recherche et Enseignement supérieur) à la préparation de **la nomination des directeurs généraux des CHU**. La nomination des directeurs en Conseil des ministres sur rapport conjoint des trois ministres de tutelle, auxquels ils seront concrètement appelés à rendre compte de leur action, est le premier gage de leur implication équilibrée sur chacune des trois missions.

Dans le même esprit, **la composition du directoire** de l'établissement doit refléter fidèlement la triple mission. La cible idéale imaginée par la Commission aurait reposé sur un mode de gouvernance inspiré des logiques étrangères, avec une forte collégialité au sein d'un directoire très resserré (logique du « triumvirat »), entre des membres assurant collectivement et de manière solidaire la prise en compte de la triple mission du CHU, se consacrant à temps plein à cette mission et ne se résumant pas à la juxtaposition de représentants d'intérêts différenciés. Ce schéma, par trop éloigné des modèles actuels, lesquels s'appuient aujourd'hui sur des acteurs aux légitimités diverses (logique électorale pour le doyen, le président de la CME, ou managériale pour le président du directoire) a conduit la Commission à envisager un schéma intermédiaire, dérivant de cette philosophie, nécessitant néanmoins une modification des textes actuels.

Organe exécutif de l'établissement, la composition du directoire doit être resserrée pour lui permettre de jouer efficacement son rôle décisionnel. Ainsi le directeur, président du directoire, devrait-il se voir adjoindre trois vice-présidents: le président de la CME, le doyen, et un vice-président chargé de la recherche. **Le vice-président chargé de la recherche assure la préparation de la stratégie de recherche, le suivi et la coordination de sa mise en œuvre ; il est l'interlocuteur privilégié de l'université et des EPST pour la recherche. Il a vocation à être nommé par le président du directoire sur proposition conjointe du président de l'université et du président de l'INSERM.**

Le conseil de surveillance valide notamment la convention hospitalo-universitaire et en contrôle la bonne application. Sa composition doit être inspirée par le même principe que celui commandant le directoire et tenir compte de la tutelle multiple exercée sur les CHU par les ministères en charge respectivement de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Ainsi la place de l'université doit-elle être également reconnue à travers la désignation de deux personnalités qualifiées, au même titre que celle conférée à la future Agence Régionale de la Santé (ARS) qui en désignerait trois. Afin de garantir que la spécificité des activités de recherche médicale soit prise en compte dans les délibérations du conseil de surveillance, l'une au moins des personnalités qualifiées ainsi désignées par l'université devrait être un représentant des activités de recherche médicale.

L'organisation interne de l'établissement doit naturellement décliner ces principes de gouvernance. Dans les CHU, les « pôles d'activités » ont vocation à couvrir également l'ensemble des trois missions de manière intégrée ; leur stratégie, formalisée dans le contrat passé avec le président du directoire, et les moyens associés doivent s'organiser selon ces trois volets. Pour marquer cette spécificité, ils méritent d'être dotés d'une **appellation distincte des pôles actuels qu'ils sont appelés à remplacer purement et simplement : les « départements hospitalo-universitaires » (DHU), regroupant, comme les pôles, plusieurs services.** Le processus de décision pour l'organisation de l'établissement en départements comme la désignation de leurs responsables doivent être définis en conséquence : **le président du directoire doit organiser l'établissement en DHU et désigner leurs**

responsables, sur proposition des trois vice-présidents du directoire et après avis du président de l'université, afin de veiller à la désignation de responsables opérationnels au profil adapté à la conduite harmonieuse des trois missions propres au CHU. Au-delà de la question majeure de leur animation, pour garantir leur pleine efficacité, les DHU devraient être constitués sur le fondement d'un projet hospitalo-universitaire global et cohérent, à l'exact opposé de la logique de rapprochement circonstanciel ou matériel qui a trop souvent prévalu pour la création des pôles, pesant aujourd'hui sur leur fonctionnement quotidien. Dans cette logique, le DHU serait dirigé, sauf exception, par un PU-PH⁴⁹.

Les missions des DHU pourraient cependant être différenciées selon la nature de leur implication réelle dans les trois domaines de compétence du CHU, sans conférer néanmoins de caractère formel à cette typologie indicative :

- les **départements de type 1** exerceraient principalement des activités de soins et d'enseignement ;
- les **départements de type 2 se caractériseraient au surplus par** une activité de recherche, notamment clinique, assez développée ;
- les **départements de type 3**, outre les activités, de soins et d'enseignement auraient une forte activité de recherche, en s'appuyant sur des structures labellisées par les EPST ou les laboratoires universitaires dont la thématique de recherche est proche (niveau 3).

Les moyens dont ils seront dotés devront donc être consentis sur la base des objectifs inscrits dans le **« contrat de département »**, qui devra être évalué à échéance régulière, de préférence selon la même périodicité que la convention HU. Le contenu du contrat pourra donc varier en fonction des caractéristiques propres de chacun des départements : un DHU principalement tourné vers les soins ne se caractérisera a priori pas de la même façon et n'aura pas besoin des mêmes ressources qu'un DHU fortement engagé dans la recherche.

Dans une logique de déconcentration et de subsidiarité, le principe doit être que le responsable de département a la responsabilité opérationnelle de l'exécution du contrat signé. Pour pouvoir assurer cette mission, il pourrait être assisté d'adjoints chargés respectivement des affaires médicales, de l'enseignement, de la recherche et de la gestion, et disposer d'une souplesse de gestion, dès lors que le contrat de département est respecté. Celle-ci pourrait trouver sa **traduction concrète dans la libre disposition d'un « retour financier », préalablement négocié dans le contrat passé entre le DHU et le directoire, correspondant à l'allocation d'une partie des ressources, que le DHU parviendrait à dégager pour assurer un intéressement collectif de ses membres en fonction de l'atteinte effective de ses objectifs contractuels**. Une telle démarche ne serait pas antinomique avec la logique de solidarité interne au CHU entre les DHU, qui doit être préservée et garantie par le directoire.

⁴⁹ Dans l'éventualité d'une nomination d'un responsable, non PU-PH, l'unanimité du directoire serait requise pour y procéder.

2.1.2. Donner un cadre contractuel stratégique aux relations entre le CHU et l'université, en les articulant avec les outils de cadrage de chacun des partenaires (contrat quadriennal et CPOM notamment) et garantir son pilotage conjoint.

Les CHU sont au point de convergence d'un établissement de soins, de l'université et des EPST. La cohérence et le dynamisme de leur politique de recherche, d'enseignement et de soins sont conditionnés par un processus de coopération et de décision organisés entre les différents partenaires pour déboucher sur des axes stratégiques clairs.

Les conventions hospitalo-universitaires ont théoriquement cette vocation. Mais aujourd'hui, lorsqu'elles existent, ces conventions sont cantonnées à des aspects de gestion patrimoniale et de responsabilité juridique. De fait, la plupart d'entre elles sont tombées en désuétude. La loi LRU réaffirme par ailleurs la compétence donnée au doyen de signer ces conventions.

Dans ce cadre, ces conventions devront être complétées d'un **vecteur contractuel entre l'université et le CHU, le contrat d'objectif et de moyens HU (COMHU)**, calé, en termes d'objectifs et d'échéance sur le contrat quadriennal de l'université et le CPOM du CHU, et qui porterait notamment sur la stratégie partagée entre l'université et le CHU sur l'enseignement, la recherche mais aussi les soins, et les moyens humains et financiers engagés par chacune des parties.

Cosignés par le président d'université et le président du directoire du CHU, ces COMHU préciseraient les objectifs de la politique de recherche bio-médicale de l'université et les conditions de son déploiement au sein du CHU, ainsi que les modalités de participation du centre hospitalier et, le cas échéant, des autres établissements de soins à l'enseignement universitaire et post-universitaire. Elles doivent en outre définir le plus précisément possible les moyens associés aux objectifs poursuivis et les priorités d'investissement des partenaires respectifs dans le domaine bio-médical. D'autres établissements de santé (tels que les CLCC ou d'autres PSPH) et les EPST qui le souhaiteraient doivent naturellement pouvoir être parties et cosignataires de ces conventions, voire le cas échéant l'ARS.

D'une durée limitée, renouvelables après évaluation, les conventions doivent être élaborées en totale cohérence avec les outils de contractualisation propres à chaque partenaire et **selon un calendrier qui rend cette cohérence possible** : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du CHU, contrat quadriennal de l'université, contrat de projet Etat-région. Le **terme de quatre ans** paraît, dans ce contexte, particulièrement adapté, pour assurer la mise en coïncidence de ces différents supports stratégiques.

Le pilotage, le suivi et l'évaluation de ces contrats seraient assurés conjointement par le président de l'université et le président du directoire.

2.2. Une dynamique de recherche biomédicale à relancer

2.2.1. Permettre aux équipes d'excellence de rivaliser au niveau international au travers d'Instituts Hospitalo-Universitaires labellisés (IHU)

Les départements hospitalo-universitaires, dotés d'une taille critique suffisante, d'une cohérence thématique forte, développant une stratégie intégrée de soins,

d'enseignement et de recherche en collaboration avec les EPST constituent la structure de base au sein de laquelle une recherche médicale performante peut être réalisée. Un IHU prend ainsi appui sur un DHU de type 3. En cas d'IHU prenant appui sur plusieurs DHU, le directeur de l'IHU pourrait s'entourer de directeurs adjoints issus de ces DHU.

Pour autant, l'expérience des centres thématiques de recherche et de soins (CTRS) ou celle d'Instituts visant à fédérer des services de soins, des équipes de recherches labellisées, des structures logistiques et des plateaux techniques (IFR) montre que la création de telles structures fédératives autour d'un projet scientifique cohérent permet d'ores et déjà de développer, voire de faire émerger une recherche médicale d'excellence, en donnant aux équipes les moyens financiers, matériels et scientifiques et la visibilité nécessaire pour rivaliser au niveau international.

Néanmoins, la **création d'Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU) articulés autour de la triple mission du CHU** faciliterait la mise en œuvre sur un site d'un projet médico-scientifique cohérent centré sur une thématique prioritaire en fédérant autour d'un ou plusieurs DHU des laboratoires de recherche labellisés notamment par les EPST et l'université. Ces structures pourraient s'appuyer sur le ou les Centres d'Investigation Clinique et sur des structures de soutien mutualisées : secrétariat, plateaux techniques, Centre de Ressources Biologiques (CRB), DRC, DIRC, cellule de valorisation disposant d'une expertise spécialisée dans le domaine spécifique des sciences de la vie... Les IHU donneraient aux équipes qui les composent une plus grande visibilité, favorisant l'émergence de partenariats avec les acteurs industriels, et renforceraient leur capacité de transfert des connaissances vers la pratique médicale ; ils constitueraient un cadre adapté pour une formation médicale et scientifique de haut niveau et stimuleraient la valorisation économique des travaux de recherche et d'innovation.

Ces nouveaux instituts ainsi créés seraient labellisés dans le cadre d'un appel d'offre, et les projets évalués par un jury international sur des critères à la fois qualitatifs (homogénéité thématique, degré d'intégration du projet médical et scientifique, organisation géographique, capacité de valorisation...) et quantitatifs (nombre de chercheurs, nombre d'équipes labellisées, bibliométrie, plateau technique...). Cet appel d'offre pourrait s'inspirer de celui réalisé pour les CTRS/RTRS en 2006-2007. Les critères retenus devraient viser à distinguer l'excellence et permettre à un nombre limité d'Instituts d'être labellisés.

Au-delà de la distinction des meilleures équipes à reconnaissance internationale, cet appel d'offre doit également donner une impulsion à des entités au potentiel avéré, mais dont la maturité n'est pas encore celle des quelques meilleurs Instituts nationaux, et inciter au développement de nouveaux centres d'excellence : le jury pourrait ainsi labelliser des Instituts de recherche émergents à vocation internationale, et leur accorder une dotation qui leur permette de valoriser leur potentiel pour atteindre, à terme, cette dimension, les critères de choix étant fondés sur la taille critique. Cette dynamique d'accompagnement de l'émergence de nouvelles capacités de recherche ne doit cependant pas déboucher sur une banalisation et un saupoudrage, qui en ruineraient la vertu.

Ces instituts pourraient être adossés, comme aujourd'hui les CTRS, à des **Fondations de Coopération Scientifique (FCS)**, ce qui leur permettrait de mobiliser des financements privés. Par ailleurs, lors de leur labellisation, les IHU devraient pouvoir bénéficier d'une dotation financière spécifique en rapport avec leur niveau d'ambition et de structuration, pour une période limitée, renouvelable après évaluation, susceptible d'avoir un effet de levier sur la collecte de fonds privés. Il reste que, au terme de cette phase initiale d'accompagnement, **la capacité à répondre à des appels à projet devrait devenir le mode principal de sélection des**

équipes de recherche nationales entre elles, attestant ainsi de la maturité et de la viabilité de celles susceptibles d'affronter une concurrence internationale de haut niveau, d'où l'intérêt de n'accorder qu'avec discernement le label d'IHU.

2.2.2. Favoriser l'émergence d'équipes de recherche à fort potentiel dans les CHU en incitant les collaborations interrégionales.

L'un des rôles du vice-président chargé de la recherche sera de s'assurer que les conditions sont réunies sur le site pour favoriser l'émergence d'équipes de recherche nouvelles et soutenir les équipes dont le potentiel est avéré au sein des DHU. Outre la participation à l'élaboration de la stratégie de recherche du site, son rôle portera, en amont, sur la recherche de financements (levée de fonds auprès d'agences de financement, de structures de financement de la recherche, de partenaires privés), de ressources humaines et matérielles (recrutement d'équipes multidisciplinaires, accès à certaines technologies...) et, en aval, sur la valorisation (identification de partenariats avec des acteurs privés, gestion de la propriété intellectuelle...).

A l'évidence toutefois, tous les CHU ne réuniront pas la masse critique nécessaire pour que soi(en)t mis en place un (ou plusieurs) Institut(s) de recherche sur une (ou plusieurs) thématique(s) forte(s). **Le développement d'une approche inter-régionale de la recherche dans les CHU est indispensable pour que soit atteinte cette masse critique sans laquelle ne peut être développé aucun projet médico-scientifique ambitieux.** C'est aussi la condition pour que des équipes de recherche d'excellence, mais isolées, trouvent le soutien scientifique et matériel qui leur est nécessaire et accèdent à la visibilité leur permettant de poursuivre leurs travaux et de se développer. Cette approche a d'ores et déjà été amorcée au travers des Délégations Interrégionales à la Recherche Clinique (DIRC) mises en place dans le cadre du PHRC (Programme hospitalier de recherche clinique) et l'augmentation des appels à projet interrégionaux dans l'objectif, précisément, de favoriser les coopérations à cette échelle entre établissements hospitalo-universitaires. Certains établissements ont par ailleurs mis en œuvre une stratégie commune de recherche sur certaines thématiques pour valoriser leurs complémentarités et développer des synergies. C'est le cas par exemple du « G4 » constitué entre les CHU de Lille, Rouen, Amiens et Caen.

Les CHU gagneraient ainsi à se regrouper en « réseaux locaux de recherche » sur des thématiques communes, afin de disposer d'une masse critique et optimiser en les fédérant les compétences et les moyens humains et logistiques disponibles. D'autres établissements de soins publics et privés pourraient être appelés à intégrer ces réseaux. Ces derniers pourraient peut-être prendre la forme des « groupements de coopération sanitaire » (GCS) ou des « communautés hospitalières de territoire » (CHT) telles que prévues par le projet de loi HPST, bien que le texte ne prévoient pas aujourd'hui que ces dernières puissent avoir la recherche pour objet. De plus, l'association dans ce cadre d'équipes de recherche aux travaux du ou des IHU lorsqu'il(s) existe(nt) permettrait à la fois de donner une impulsion à ces équipes et de renforcer encore le potentiel de recherche de l'Institut.

Le renforcement de l'inter-régionalisation du PHRC et la valorisation des coopérations inter-régionales dans le cadre des appels à projet de l'ANR, constitueraient par ailleurs des incitations fortes au développement de ces coopérations dans le domaine de la recherche.

Plus largement, le pilotage de la dynamique de recherche biomédicale au niveau du CHU, voire au niveau régional pourrait être assuré via les comités de la

recherche en matière biomédicale et de santé publique⁵⁰. Institués en 2006, ces comités n'ont pourtant pas encore été mis en place dans tous les sites, et le rôle qui leur est conféré est inégal. Au-delà de la nouvelle gouvernance du CHU garantissant par la présence du vice-président recherche au directoire la vision d'une stratégie de recherche biomédicale, les comités présentent l'avantage de réunir, au-delà du CHU et de l'université concernée, des représentants des principaux EPST, d'autres établissements de santé (CLCC et PSPH par exemple). Leur pérennisation pourrait être assortie d'un élargissement de leur périmètre au-delà du seul CHU concerné comme c'est le cas aujourd'hui, pour les positionner davantage à l'échelle régionale, voire interrégionale. Le mandat des membres pourrait par ailleurs être porté de 2 à 4 ans, renouvelable une fois, afin d'assurer la continuité indispensable à la préparation, au suivi et à l'évaluation de la politique de recherche.

2.2.3. Renforcer ou développer les capacités de valorisation et de soutien à la recherche des équipes ou des IHU

Clé du succès des partenariats public-privé, la stratégie de valorisation revêt une importance décisive non seulement pour attirer vers la recherche hospitalo-universitaire les financements industriels, mais aussi pour permettre aux fruits de cette recherche d'être exploités et de contribuer aux ressources financières des établissements.

L'efficacité de la valorisation nécessite une lisibilité et une clarté du fonctionnement des équipes de recherche et des processus de décision, qui implique un pilotage stratégique, l'identification de centres d'excellence et une politique de spécialisation. Elle exige en outre une expertise, un professionnalisme et une capacité de veille, dont seules disposent des équipes de spécialistes atteignant une certaine taille critique. En effet, dans des métiers soumis à une concurrence internationale intensifiée, l'expertise requiert une forte spécialisation dans les sciences de la vie.

A cette fin, il conviendra d'organiser, en s'appuyant sur les structures d'ores et déjà existantes, et en procédant, dans certaines grandes régions à une rationalisation de l'existant (intégrant également les pôles de compétitivité), à la mise en place d'un **nombre limité de structures régionales ou inter-régionales de valorisation**. Elles permettront la mutualisation des moyens correspondants entre UFR de médecine et de sciences de la vie, sur une base territoriale, ayant vocation à accompagner les équipes de recherche tout au long de leur projet, depuis la recherche de financement jusqu'à la négociation des brevets. Chaque IHU devrait naturellement avoir un correspondant « valorisation » en son sein, capable de développer la culture de valorisation et de faciliter l'émergence, le cas échéant, de « bio-clusters », structures bénéficiant de la personnalité morale capables d'héberger des start-up et de remplir des missions d'incubation.

L'organisation de telles structures sera de nature à améliorer la gestion de la propriété intellectuelle.

⁵⁰ Cf. fiche technique n°5 sur les comités de la recherche en matière biomédicale et de santé publique.

2.2.4. Eriger la recherche biomédicale en priorité nationale, en privilégiant les financements par appel à projet.

La promotion de la recherche d'excellence passe par un développement accéléré du financement de la recherche sur projet, meilleure garantie que les financements accordés viennent bien récompenser la performance des unités de recherche. Le financement sur projet, qui repose sur le triptyque programmation – sélection – évaluation des résultats obtenus, est ainsi propice à un pilotage du financement de la recherche par la performance, lui-même de nature à rapprocher la recherche publique du secteur privé et à inciter au développement de partenariats public-privé. Au Royaume-Uni et en Allemagne, mais aussi dans les pays scandinaves, en Suisse et aux Pays-Bas, le financement par projet représente une part croissante et significative de la recherche académique. En France, la création de l'ANR en 2005 et le financement de projets de recherche sélectionnés après appel à candidatures constitue un premier pas dans ce sens, qui doit être amplifié.

Si la France aspire à conserver, voire améliorer, sa place dans le domaine de la recherche bio-médicale, une politique volontariste est indispensable, à l'image de celles conduites chez nos principaux partenaires et rivaux, se traduisant par **une augmentation forte du BCRD alloué aux projets de recherche bio-médicale.** Faire de la recherche bio-médicale une priorité, même en période de crise, est loin d'être incongru compte tenu de son exceptionnel retour sur investissement. Ainsi, plusieurs études réalisées dans trois pays anglo-saxons montrent que les dépenses publiques en recherche en santé ont un retour sur investissement de l'ordre de 25 à 40 % par an. Avec le vieillissement de la population, l'extension des pathologies chroniques ou insuffisamment traitées comme le cancer, et les maladies émergentes, notamment infectieuses, les défis à surmonter et les perspectives de progrès sont encore tels que les futurs investissements en recherche publique auront probablement au moins la même rentabilité. L'exemple récent des Etats-Unis d'augmenter de près de 50% des NIH en 2009 (dont 82 % sous la seule forme de financement de projets), comme un des éléments du plan de relance économique prend ainsi tout son sens.

Afin d'optimiser les procédures d'appel à projet de l'ANR, les financements doivent être de longue durée (contrat de 5 ans par exemple, comme les pratiquent les NIH américains) et la procédure d'évaluation doit être simplifiée (abandon des rapports financiers et scientifiques tous les six mois). Le montant unitaire des projets financés devrait être plus élevé et la part des projets « blancs », ou assortis de cahiers des charges, augmentée.

Enfin, l'évolution vers un régime de financement des projets en coûts complets permettrait de mieux révéler les besoins (en particulier d'évaluer les coûts réels de la recherche), de responsabiliser les gestionnaires à l'échelon opérationnel et d'allouer les ressources de façon mieux adaptée, y compris aux fonctions de soutien aux activités de recherche. L'opportunité d'une telle évolution est fournie par le mode de cofinancement des projets de recherche par l'Union européenne : dans le cadre du 7^{ème} PCRD, les coûts indirects ne sont couverts par l'UE que dans la mesure où ceux-ci sont, soit connus grâce à une comptabilité analytique, soit au minimum évalués selon une méthode de comptabilité simplifiée. A défaut, les coûts indirects des projets de recherche publique ne sont, jusqu'en 2010, financés que sur une base forfaitaire de 60 % du coût direct du projet. Or ce taux sera ramené à 40 % après 2010, la méconnaissance des coûts complets entraînant donc à cette échéance un manque à gagner significatif pour les unités de recherche françaises allocataires de ressources dans le cadre du PCRD. **L'appréhension des projets en coûts complets par l'UE est donc une incitation à mettre en place le plus rapidement possible les outils analytiques nécessaires au maintien de financements équilibrés.**

2.2.5. Simplifier le paysage des opérateurs et des procédures d'évaluation de la recherche biomédicale

La recommandation du comité international d'évaluation présidé par Elias A. Zerhouni, directeur des NIH, et chargé par l'Agence d'Evaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) d'évaluer l'INSERM en novembre 2008 : « *le financement de la recherche doit être attribué au mérite en s'appuyant sur une évaluation rigoureuse par les pairs, par une agence nationale unique et indépendante pour la recherche en science de la vie et en santé* », demeure plus que jamais d'actualité. Le rôle de cette agence unique serait dédié au pilotage et au financement de la recherche dans ce domaine, pour tous les opérateurs du secteur. L'agence du vivant résulterait de la fusion des multiples structures de financement de la recherche qui coexistent aujourd'hui, tout en préservant leur identité propre au sein de nouveaux départements internes. « L'Alliance » conclue par l'INSERM avec les autres grands EPST et la CPU en avril 2009, constituée à cet égard une première étape digne d'intérêt, mais qui ne saurait se substituer à **une agence de moyens unique, par définition porteuse d'une stratégie plus cohérente et de plus de fluidité dans la mise en œuvre des décisions de financement.**

A court terme, la rationalisation du paysage et des guichets multiples dans le financement de la recherche biomédicale s'impose. Ceci concerne tout particulièrement les instances telles que l'ANRS, l'INCA, le plan Alzheimer. Ce souci de rationalisation pourrait également s'appliquer concernant le PHRC dans la mesure où cette démarche ne serait pas assortie d'un désengagement financier de l'Etat, et préserverait la dynamique créée dans le tissu hospitalier dans le domaine de la recherche clinique.

Un même souci de rationalisation appelle à construire rapidement **une stratégie d'évaluation simplifiée et harmonisée afin d'éviter que les chercheurs soient soumis de façon trop répétée à la lourdeur des exercices régulièrement** effectués tantôt par les opérateurs eux-mêmes (INSERM, CNRS,...), tantôt par des autorités administratives indépendantes (AERES, HAS). Les travaux expérimentaux en cours entre l'HAS et l'AERES sur l'articulation entre certification des CHU et évaluation des composantes médicales des universités vont dans la bonne direction et doivent se poursuivre.

2.3. Une politique de gestion des talents et des hommes renouvelée en adéquation avec ces objectifs d'excellence

L'impulsion nouvelle donnée à la gouvernance des organisations et la capacité de ces dernières à dégager des axes stratégiques supposent un appui sur une démarche vigoureuse en faveur des hommes, la composante humaine étant déterminante en matière de politique de recherche. Cette politique renouvelée des ressources humaines hospitalo-universitaires doit s'attacher à plusieurs aspects (l'attractivité de la carrière, les modalités d'entrée dans le corps des PU-PH, le déroulement de carrière), tout en créant les conditions d'une vraie dynamique des parcours dans un souci d'attraction des meilleurs et de maintien de l'excellence dans la durée. Ces propositions ne sont pas nécessairement nouvelles, et ont déjà, pour certaines d'entre elles, été évoquées dans divers rapports récents⁵¹. Elles méritent toutefois d'être précisées au regard des enjeux de la recherche biomédicale.

⁵¹ Rapport de l'Académie des Sciences sur l'attractivité de la recherche- juillet 2008, Rapport d'Aubert sur le partenariat entre organismes de recherche, universités et grandes écoles - 2008, Rapport Schwartz - juin 2008.

2.3.1. S'attacher à développer une approche collective de la triple mission des PU-PH au sein des DHU

La triple mission des PU-PH doit pouvoir être exercée à une échelle collective et appréciée notamment au niveau de l'équipe ou du département hospitalo-universitaire, et non de manière stricte au seul niveau individuel.

Ce passage de la logique statutaire individuelle, qui sous-tend l'ordonnance Debré de 1958, à une logique plus collective doit pouvoir s'opérer dans le cadre des DHU, au sein desquels est déclinée la politique hospitalo-universitaire conduite conjointement par l'université et l'hôpital, notamment dans sa dimension de gestion des ressources humaines. En effet, celle-ci devrait donner davantage lieu à concertation que par le passé, en raison des compétences nouvelles des universités en matière de gestion de masse salariale et de mandat unique de gestion qui doit être discuté entre EPST et université. Cette nouvelle démarche doit naturellement s'articuler avec le projet de recherche du CHU et le projet de chaque DHU, permettant collectivement d'identifier les profils de postes et les valences nécessaires à l'atteinte des objectifs relevant de la triple mission. **Cette approche de type contractuel doit ensuite pouvoir trouver sa déclinaison au niveau individuel.**

L'avantage d'un tel système est qu'il peut permettre, mieux qu'aujourd'hui et sous réserve d'une transparence contractuelle des missions de chaque personnel hospitalo-universitaire, d'optimiser l'organisation collective à l'échelle d'un DHU, et notamment celle dédiée à la recherche. L'identification préalable des obligations incombant à chacun au sein du DHU contribuerait à la fois à une meilleure efficacité collective dans l'exercice de la triple mission, et à une moindre frustration d'individus ne pouvant tout mener de front.

2.3.2. Permettre à des PU-PH de se consacrer prioritairement à la recherche un temps de leur carrière

De la même manière que pour les enseignants-chercheurs, la question des obligations de service des PU-PH et de la répartition de leur temps entre les trois missions se pose et mérite d'être appréhendée avec pragmatisme afin de répondre de manière différenciée aux besoins des équipes et, surtout, aux aspirations et compétences des personnes. Ainsi, la possibilité pour certains de pouvoir réduire le temps consacré aux soins ou à l'enseignement pour privilégier celui de la recherche, doit-elle pouvoir s'exercer avec flexibilité, notamment pour encourager les forts potentiels, tout particulièrement en début de carrière, à s'engager sur des projets de recherche.

Ce type de démarche souple par essence, gérée au niveau local entre l'université et le CHU dans le cadre du contrat hospitalo-universitaire, n'a vocation à concerner qu'une minorité des PU-PH, et ce de manière temporaire. Son corollaire naturel est l'évaluation transparente des différentes activités. Cette nouvelle logique s'articule donc pleinement avec la proposition précédente, et suppose de s'inscrire dans une déclinaison contractuelle entre le PU-PH et le responsable du DHU sur les missions et activités à assurer.

2.3.3. Valoriser davantage la participation des praticiens hospitaliers aux missions universitaires des CHU

La reconnaissance et la valorisation de la participation de certains praticiens hospitaliers aux missions universitaires doivent être améliorées.

L'amélioration de l'attractivité passe essentiellement par la possibilité d'une contractualisation universitaire qui présenterait le triple avantage d'une valorisation personnelle, d'une plus grande lisibilité et d'un complément de salaire. Plusieurs dispositions permettent d'ores et déjà de répondre à cette logique mais sont insuffisamment connues, sans doute en raison de leur caractère récent pour certaines.

En premier lieu **le statut des PH autorise ces derniers, au titre des activités d'intérêt général (passées de une à deux demi-journées hebdomadaires en 1999), à effectuer des missions d'enseignement et de recherche.** En outre, depuis 2006⁵², les PH, qui jusqu'alors étaient exclus du bénéfice des dispositions correspondantes, peuvent se voir attribuer des postes d'enseignants associés à mi-temps. **Les responsabilités et compétences élargies (RCE) des universités devraient leur permettre de mobiliser ces leviers à l'avenir.**

Outre ces possibilités, qu'il convient d'utiliser pleinement, de nouvelles pistes pourraient être envisagées dans le cadre de passerelles vers un poste de PU-PH, à l'occasion de la rénovation des modalités d'entrée dans le corps (cf. infra).

Il convient de souligner que ces propositions concernent au premier chef les praticiens hospitaliers des CHU, mais également ceux des structures hospitalières affiliées qui auront passé convention avec l'Université et le CHU, notamment pour la formation des étudiants.

2.3.4. Rénover l'entrée et le déroulement de la carrière des PU-PH afin de permettre le recrutement et la promotion des meilleurs

Les principes forts qui pourraient guider la rénovation du statut sont les suivants : flexibilité et modularité, attractivité des meilleurs et incitation durable à l'excellence. Ce dispositif conduirait à agir simultanément sur plusieurs leviers :

En premier lieu, pour les nouvelles entrées dans le corps des bi-appartenants, et en **s'inspirant du statut de praticien hospitalier universitaire (PHU)⁵³, il s'agirait d'offrir à l'issue du clinat une position temporaire pour tout praticien hospitalier (PH) souhaitant s'engager dans une carrière hospitalo-universitaire, d'une durée de 5 ans, le cas échéant renouvelable.** Cette position, assimilable à la « tenure » anglo-saxonne et correspondant à l'équivalent du statut de « assistant professor » aux Etats-Unis, permettrait à la fois d'attirer les meilleurs et d'offrir la possibilité de conserver le statut de PH, voire d'opter pour un statut universitaire d'enseignant chercheur pour ceux qui, à l'issue de cette période, ne pourraient obtenir le grade de « full professor », c'est-à-dire un statut de PU-PH. **A la différence toutefois du statut de PHU, ce schéma ne comporterait pas d'incertitude sur l'affectation⁵⁴.** Cette position intermédiaire serait assimilable au grade actuel de MCU, tel qu'il est de plus en plus utilisé par les UFR de médecine pour les bi-appartenants.

⁵² Les modifications réglementaires ont porté sur le statut des PH (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006), mais aussi sur le texte relatif aux professeurs associés (décret n° 2006-354 du 24 mars 2006).

⁵³ Le dispositif des PHU concerne aujourd'hui des praticiens hospitaliers nommés et détachés sur un emploi temporaire de praticien hospitalier universitaire (PHU) A l'issue de leur détachement et à défaut d'être titularisé dans le corps des PU-PH, ils sont réintégrés dans un emploi de PH.

⁵⁴ Dans le statut actuel de PHU, le bénéficiaire, à l'issue de la période contractuelle, est réintégré en tant que PH mais sans avoir la garantie d'être affecté sur le site sur lequel il a effectué son contrat de PHU.

En deuxième lieu, et parallèlement, ce changement supposerait de régler la situation de nombreux MCU-PH en place, aujourd'hui sans grade de débouché, et pour lesquels des solutions transitoires seraient imaginées.

Le déroulement de carrière donnerait davantage de place à une évaluation des compétences qu'à l'ancienneté. L'évaluation pourrait se faire de manière plus régulière, incluant à la fois des indicateurs objectifs sur l'ensemble des trois missions et l'avis des pairs, avec un équilibre des compétences entre l'instance locale et le Conseil National des Universités (CNU). Un système de promotion à deux niveaux serait alors mis en œuvre :

- une évaluation par le CNU tous les 4 ans, obligatoire pour tous les personnels et reposant sur des dossiers ; il devrait donner un avis motivé sur les personnes, assorti d'un classement, par exemple A, B, C, D ;
- une décision de promotion à l'initiative des universités uniquement au profit des personnels classés en A, ou par le niveau national pour ceux classés en B.

La question de la mobilité a par ailleurs été examinée. D'ores et déjà requise par le statut des PU-PH⁵⁵, elle se révèle assez formelle ou intervient à un moment de la carrière qui n'est pas nécessairement le plus opportun, d'autant que sa durée d'un an apparaît inadaptée à la conduite de tout projet d'étude ou de recherche sérieux. Sans remettre en cause cette obligation statutaire, il importe surtout d'encourager toute forme de mobilité à divers moments de la carrière, construite en fonction du parcours de l'intéressé et de l'insertion dans son projet de recherche, en mettant l'accent sur l'accompagnement humain et financier permettant de l'organiser. Pour ce faire, il convient également de lever tout obstacle réglementaire à cette souplesse d'organisation⁵⁶, et probablement aussi de favoriser ce type de parcours par une valorisation dans la carrière.

2.3.5. Réformer les modes de sélection et de promotion des candidats aux fonctions hospitalo-universitaires

Tout en relevant que les responsabilités et compétences élargies (RCE) des universités ne remettent pas en cause, à ce stade, les particularités des règles de nomination et d'avancement des PU-PH, qui relèvent toujours de la « révision nationale des effectifs » entre le MESR et le ministère de la santé à la différence des enseignants-chercheurs, plusieurs pistes sont envisagées pour dynamiser la politique de recrutement et d'avancement, mais aussi pour lui assurer davantage de transparence.

- **Une composition du CNU plus légitime par une meilleure combinaison entre des représentants élus et des représentants désignés sur une liste d'aptitude, et des critères rigoureux d'éligibilité.**

La composition du CNU, et notamment la légitimité de ses membres, sont déterminantes pour rénover les procédures de sélection des candidats dans le sens de l'attraction des plus méritants.

⁵⁵ Les PU-PH doivent satisfaire à une obligation de mobilité et exercer pendant au moins un an en dehors du CHU dans lequel ils sont affectés pour pouvoir être titularisés, cette condition étant appréciée par le CNU lors du recrutement.

⁵⁶ Ainsi, aujourd'hui le délai de 3 ans maximum entre la fin de l'internat et le début du clinicat constitue un obstacle à un éventuel projet de mobilité longue.

Ceci pourrait passer par une **modification de la part relative des membres nommés par rapport aux membres élus**, compte tenu des risques d'endogamie propres au processus de nomination. La part nommée pourrait ainsi passer du tiers actuellement à la moitié des membres du CNU.

Dans tous les cas, élus ou nommés, des critères d'éligibilité des candidatures au CNU devraient être définis par l'AERES. Ils pourraient notamment être complétés par la publication des curricula vitae des candidats.

– **Des missions du CNU mieux articulées avec les compétences locales des universités.**

Les missions du CNU porteraient davantage sur l'évaluation de l'aptitude des candidats pour une discipline considérée que sur le classement sur un poste donné. Sans remettre en cause le caractère national du concours et de la qualification, il serait souhaitable **que le CNU ait un choix réel à opérer sur un nombre de candidats supérieur au nombre de postes à pourvoir**, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Pour ce faire, **une plus grande transparence des critères devrait être assurée auprès des impétrants potentiels**, en veillant à leur diversification.

Cette évolution du rôle du CNU conduirait à laisser les recrutements s'opérer au niveau local, parmi les candidats inscrits par le CNU sur la liste d'aptitude. Des jurys locaux devraient être organisés pour la sélection des candidats, en veillant au respect d'un équilibre entre des représentants locaux et extérieurs à l'université, avec une composante internationale.

2.3.6. Utiliser les leviers mis en place par la LRU pour dynamiser la gestion des ressources humaines

Parallèlement à l'ensemble des dispositions préconisées ci-dessus, il conviendrait de pouvoir se saisir, au bénéfice des PU-PH, des leviers et nouveaux outils qui ont été accordés aux présidents d'université dans le cadre de la LRU et des RCE. Certains de ces outils préexistaient d'ailleurs à la LRU, mais n'étaient pas toujours bien connus de tous les acteurs.

Il s'agit ainsi de la **prime d'encadrement doctoral et de recherche (PEDR)** ouverte depuis deux ans aux PU-PH, comme d'autres primes⁵⁷, mais dont les modalités d'application réservées au niveau national posaient problème. Désormais sa déconcentration au niveau des universités, prévue par la loi LRU, peut permettre d'en faciliter l'usage et, surtout, de mieux l'articuler avec les priorités de recherche des sites, en y intégrant pleinement la dimension médicale. Le niveau de cette prime pourrait également être revu pour valoriser l'engagement dans une telle fonction.

D'une façon générale, l'ensemble de la politique indemnitaire des personnels de l'enseignement supérieur va progressivement devenir du ressort des universités, pouvant donc, là aussi, s'appliquer aux PU-PH. La convention hospitalo-universitaire et, au-delà, les contrats de DHU, apparaissent comme des vecteurs adéquats de ces aménagements. Plus largement, dans le contexte d'émergence des IHU, le MESR pourrait envisager de créer une nouvelle forme de rémunération, attribuée après évaluation, aux équipes jugées scientifiquement les plus performantes.

⁵⁷ Le décret n° 2006-783 du 3 juillet 2006 a prévu l'extension du bénéfice de la prime de charges administratives, de la prime de responsabilité pédagogique et de la prime d'encadrement doctoral et de recherche aux personnels enseignants et hospitaliers de médecine et des disciplines pharmaceutiques des CHU.

Du côté hospitalier, le niveau de l'**indemnité de service public exclusif** pourrait être modifié pour la rendre plus attractive.

Enfin et surtout, ainsi qu'indiqué supra, la possibilité, pour le responsable de DHU, en fonction du degré d'atteinte des objectifs de son département, de bénéficier d'un « retour » financier » susceptible d'être librement alloué par ses soins sous la forme d'un intéressement collectif des équipes du département s(capacités d'investissement ou ressources humaines supplémentaires), serait la marque d'une gestion responsable et déconcentrée à laquelle aspirent vigoureusement les PU-PH aujourd'hui.

2.3.7. Rendre la carrière des hospitalo-universitaires plus attractive au regard des standards internationaux en revalorisant les éléments de rémunération, notamment les émoluments hospitaliers.

La comparaison de la situation individuelle des PU-PH français avec leurs équivalents étrangers apparaît rarement en faveur des premiers. Or cette différenciation est de nature à priver la France de candidats étrangers de valeur, et semble même dissuasive pour les candidats à fort potentiel.

Les émoluments hospitaliers et la façon dont la part hospitalière de la retraite des PU-PH est traitée aujourd'hui, en dépit du protocole d'accord de 2006 qui leur ouvre la possibilité de cotiser à un régime de retraite additionnel, ont été globalement jugés comme ne répondant pas aux préoccupations d'attractivité, qui justifient à elles seules un effort supplémentaire significatif du ministère de la santé.

En outre les **chaires d'excellence** aujourd'hui ouvertes à certaines disciplines universitaires devraient être opportunément étendues à la médecine, qui n'en bénéficie pas à ce jour.

2.4. Permettre aux CHU d'assurer la formation des médecins en cohérence avec la double préoccupation d'excellence sanitaire et de recherche

Compte tenu du lien très fort caractérisant les trois missions, il a paru justifié d'élaborer des propositions sur la formation des médecins articulées avec celles relatives à la recherche. Ces pistes n'ont pas été approfondies quant aux conséquences ultimes d'un schéma rénové en matière de formation des médecins, mais elles visent à identifier des pistes qui pourraient être précisées et réétudiées dans un cadre plus large.

2.4.1. Mettre en place dès le 2ème cycle une initiation à la recherche et faciliter les doubles formations de type MD/PhD⁵⁸.

Le processus de formation des futurs médecins doit impérativement mettre l'accent sur une initiation précoce à la recherche, de manière à pouvoir attirer des futurs médecins vers cette voie. En outre, cette orientation doit être complétée par une démarche permettant à ceux qui le peuvent et le désirent de mener des doubles formations, à l'instar du modèle américain avec le cursus MD/PhD. Des candidats de valeur pourraient de la sorte suivre un double cursus à partir du niveau Master : le cursus médical, et un cursus doctorant en sciences.

⁵⁸ Medical Doctorate/Philosophiae Doctorate.

Cette démarche, qui suppose d'être engagée dès le 2^{ème} cycle des études médicales, est cependant aujourd'hui peu compatible avec le fait qu'une année de ce cycle est fortement mobilisée par la préparation intensive à l'ECN. Dès lors, aller plus loin dans ce sens supposerait de conduire une réflexion globale sur l'adaptation de la durée totale des études de médecine et des modalités actuelles de sélection à l'internat.

2.4.2. Accroître le potentiel d'accueil des étudiants par une coopération avec les autres établissements de santé, y compris du secteur privé, et les médecins généralistes.

L'accroissement du nombre d'étudiants dans le cadre du relèvement du numerus clausus rend indispensable une ouverture plus large des missions de formation pratique des étudiants en médecine à des structures autres que les CHU pour le 3^{ème} cycle. Des conventions sont d'ores et déjà possibles avec des établissements de santé publics non CHU ou des établissements privés (CLCC, autres PSPH). **Cette démarche pourrait être amplifiée ; en cas de réponse inadéquate du secteur public, elle pourrait être étendue contractuellement au secteur privé lucratif sous réserve de l'élaboration préalable d'un cahier des charges rigoureux de cette coopération, pilotée par l'université et soumise à une évaluation annuelle.**

Il devrait en outre en résulter une juste allocation de moyens aux établissements impliqués dans le processus de formation pour couvrir les charges liées à cette mission, notamment au titre des MERRI.

2.4.3. Prévoir une augmentation des capacités de post-internat en parallèle à l'augmentation du numerus clausus

L'augmentation très forte du numerus clausus va conduire dès la prochaine année universitaire à de fortes tensions due à la carence de débouchés pour les internes, qui se voient dans l'impossibilité de compléter leur formation à l'issue de l'internat.

La création de postes d'assistants hospitaliers spécialisés est une amorce de réponse en ce sens, et devrait être complétée par un effort similaire du MESR par la création d'un nombre identique de CCU-AH.

2.5. Prendre en compte la spécificité des missions de soins dans un environnement hospitalo-universitaire

En se situant au niveau de la composante hospitalière, il convient de mieux articuler la mission de soins des CHU avec les enjeux universitaires dont elle participe. Si les CHU se situent dans de vastes bassins de population et concourent, pour une part dominante de leur activité, à la couverture des soins de proximité, ils répondent par ailleurs de manière quasi-spécifique et unique au besoin de soins d'excellence.

Le cadre actuel d'allocation de ressources aux CHU comporte plusieurs éléments destinés à prendre en compte ces spécificités, notamment dans le cadre des MERRI⁵⁹ ou des adaptations régulières des modalités de la T2A depuis sa mise en œuvre (notamment les changements de classification pour une meilleure prise en compte de la sévérité). Le contexte financier difficile des CHU rend d'autant plus nécessaire la mise en place de mesures permettant de mieux répondre à ces missions spécifiques. S'il n'a pas été possible d'apprécier l'impact financier des

⁵⁹ Cf. fiche technique n°2 sur le financement des CHU par les MERRI.

évolutions ainsi préconisées, la plupart d'entre elles s'appliquent à des volumes limités.

Il n'était pas dans les missions de la Commission de se pencher de manière globale sur le mode d'allocation financière aux CHU, et notamment le dispositif de la T2A, qu'elle ne remet pas en cause. Toutefois, la Commission considère, à l'aune des travaux menés par les services du ministère de la santé⁶⁰, qu'il est **indispensable d'approfondir la réflexion et l'objectivation des coûts spécifiques des CHU**, notamment dans la perspective de la convergence tarifaire.

2.5.1. Mettre en œuvre une juste rémunération de l'innovation et du soin de recours.

Plusieurs mesures doivent être engagées ou poursuivies pour permettre aux CHU d'assurer des soins très spécifiques ou innovants, avec une rémunération adaptée :

- l'identification et le suivi de l'innovation dans sa définition médicale et scientifique devraient incomber à la Haute Autorité de Santé (HAS) ; son financement pourrait être assuré de manière spécifique par l'identification d'un GHS ad hoc ou d'un élément dans le cadre de la classification (CCAM) sous l'égide de l'UNCAM, assorti d'un encadrement rigoureux⁶¹ et de procédures d'évaluation ;
- les activités de recours exceptionnel, à faible volume mais à fort impact financier, doivent être mieux rémunérées si les effets de la version V11 ne le permettent pas ; elles pourraient dès lors faire l'objet de rémunérations additionnelles (au GHS) pour les structures labellisées à cet effet après appel d'offre ;
- les activités de consultations pluridisciplinaires et hautement spécialisées (consultations pour maladies rares, prise en charge multidisciplinaire,...) devraient faire l'objet d'une rémunération adéquate, ce qui suppose là encore une adaptation de la classification et des nomenclatures (prise en compte de la durée de la consultation et de la qualification du consultant) ; cette logique vaut également pour les actes de biologie et d'anatomie pathologique de recours et de biologie moléculaire innovants, qui doivent donner lieu à une adaptation de la nomenclature⁶² ;
- le nouveau dispositif prévu en LFSS 2009 pour les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux implantés (DMI) devra se déployer selon une logique de « juste prescription » et de bon usage⁶³ telle que contractualisée avec la future ARS ;
- le cumul de tarification de séances ou de GHS dans le cas de prises en charge complexes dans les CHU devrait à titre exceptionnel (chimiothérapie et transfusion sanguine, ou chimiothérapie et radiothérapie) être autorisé, et la circulaire dite des « actes frontière » du 31 août 2006 être aménagée pour mieux prendre en compte le cas de bilans diagnostiques mono-disciplinaires.

⁶⁰ Cf. en pièces jointes les travaux menés par la DREES et l'ATIH notamment sur les spécificités d'activité des CHU sont particulièrement éclairants sur le sujet.

⁶¹ Le projet de loi HPST, visant à encadrer et limiter le nombre de structures susceptibles de pouvoir pratiquer une nouvelle technique, va dans ce sens.

⁶² La démarche actuellement engagée par la mission T2A de recueil en 2009 d'actes de BHN et PHN par les CHU, en vue d'une meilleure allocation de ressources en 2010 va dans le bon sens.

⁶³ Il existe un contrat de bon usage sur ces molécules onéreuses.

L'ensemble de ces mesures doit conjuguer un souci de prise en compte de la spécificité de ces activités par une rémunération adaptée et la nécessité de pouvoir en contrôler la bonne mise en œuvre pour ne pas dévoyer la logique du financement à l'activité.

Elles doivent être assorties du renforcement des capacités de veille et de réactivité, à la fois pour détecter les innovations, mais aussi pour savoir les faire basculer dans des dispositifs de droit commun quand elles n'en sont plus. Ces démarches supposent d'articuler correctement des logiques d'encadrement de pratiques (au sens de l'habilitation d'équipes sur des techniques données) et des logiques de tarification permettant d'en suivre le volume par l'identification d'un tarif ou d'un GHS spécifique⁶⁴. Pour les activités de recours, cette démarche pourrait se combiner avec une logique de labellisation après appel d'offres de structures ayant la taille critique, en ayant préalablement, et sur des critères scientifiques, validé le contenu de ces activités. Ce type de labellisation est d'ailleurs cohérent avec la proposition de la Commission visant à distinguer plusieurs niveaux de DHU.

En termes d'organisation au niveau national, ceci suppose un renforcement des liens entre la HAS, l'UNCAM et l'Etat pour gérer cette dynamique de l'innovation dans le sens d'une plus grande efficacité à la fois scientifique et économique. Le rapprochement entre ces trois structures dans cette perspective, pourrait passer par la création d'un Comité de revue au sein de la HAS associant les trois parties pour fluidifier le continuum entre les différents stades de l'innovation thérapeutique.

2.5.2. Poursuivre la réforme de l'allocation des MERRI dans le sens de leur totale transparence.

La réforme engagée en 2008 des MERRI permettant un lien plus fort avec la dynamique universitaire va incontestablement dans le bon sens, mais doit être amplifiée.

Par ailleurs, la gestion interne des MERRI dans les CHU souffre d'un manque de transparence car, trop souvent, elle ne reflète pas la dynamique de mobilisation et de performance des services en matière de recherche et d'enseignement. La généralisation d'une répartition des enveloppes MERRI aujourd'hui entre les pôles et, demain, entre les DHU, en fonction des critères nationaux d'attribution, devrait clarifier la situation : une réfaction au niveau de l'établissement peut être opérée pour couvrir les charges mutualisées ou de structures de soutien à la recherche, mais **les enveloppes liées à des appels à projet doivent être clairement affectées aux départements, en créant à cette fin une unité fonctionnelle (UF) au sein des DHU.** Enfin, **une quote-part de l'enveloppe doit être répartie en fonction des critères SIGAPS et du nombre d'étudiants.**

2.5.3. Rechercher un meilleur équilibre de la chaîne des soins pour permettre aux CHU de mieux assurer leur triple mission

Tout en préservant le continuum déjà évoqué au sein des CHU, **une démarche de meilleur maillage territorial des soins** doit être poursuivie sous l'impulsion des futures ARS, afin de mieux équilibrer la charge respective des acteurs du système de soins et procéder à **une meilleure adéquation entre la lourdeur des cas et l'environnement médical.**

⁶⁴ L'identification d'un tarif permet un suivi dans le cadre de la facturation, via les ARH.

Il serait ainsi plus logique de réserver l'environnement hautement spécialisé des CHU aux cas les plus lourds et à l'inverse, de laisser les établissements de santé de proximité, voire la médecine de ville, assurer le traitement de cas justifiant de soins ordinaires. Le désengorgement des services d'urgence qui en résulterait (une présentation aux urgences sur cinq seulement débouche sur une hospitalisation), contribuerait à affaiblir la pression sur la composante « soins » des CHU, favorisant ainsi un rééquilibrage au profit de leurs autres missions. Encore faudrait-il que les CHU eux-mêmes consentent à entrer dans une démarche de complémentarité avec les autres établissements de santé, à l'instar de ce qui a pu être observé dans certains modèles étrangers⁶⁵.

2.6. Créer les conditions d'un pilotage conjoint des missions enseignement et recherche des CHU au niveau national

Compte tenu de la triple mission qui leur est confiée, les CHU devraient être soumis à la triple tutelle des ministres chargés respectivement de la santé, de la recherche et de l'enseignement. Aujourd'hui le travail conjoint entre les deux départements ministériels reste trop cantonné à l'exercice de révision des effectifs de bi-appartenants. L'exercice de cette tutelle multiple est complexe en raison des priorités naturellement différentes de chacun des ministères. L'articulation et la coordination des tutelles est pourtant déterminante pour mettre les CHU en mesure de répondre de manière globale et intégrée à leurs missions. C'est le cas, par exemple, pour le cadrage méthodologique des conventions HU, la définition des critères d'évaluation des directeurs généraux de CHU et la préparation de leur lettre de mission, l'articulation des critères SYMPA et SIGAPS, ...

Ce défaut de coordination, observé de trop longue date, est tout particulièrement préjudiciable dans le domaine de la recherche biomédicale. Si l'Inserm a une mission de direction et de coordination nationale de la recherche biomédicale, il n'a ni les moyens ni l'autorité suffisante pour la mener à bien, même si la démarche récente de création de l'« Alliance » peut contribuer à une amélioration du pilotage. Son directeur général préside un conseil de coordination de la recherche dans le domaine des sciences de la vie et de la santé au sein duquel ni l'université, ni les CHU, ni la recherche industrielle ne sont représentés.

Par ailleurs, en l'état, la nouvelle direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP) du MESR n'a pas envisagé de faire apparaître des composantes centrées sur la santé à l'exception du pôle « Formations de santé » (au sein du service de la stratégie d'enseignement supérieur et d'insertion professionnelle), et n'entretient qu'une vision lointaine des problématiques hospitalières et sanitaires. De son côté, la DHOS du ministère de la santé n'est sans doute pas organisée pour bien appréhender la problématique des CHU au-delà des seuls aspects statutaires et de révision des effectifs et a peu de connaissance de l'université et de la recherche. **Il est fondamental que les services des deux ministères intègrent chacun dans leur organisation et leurs priorités la dimension des CHU.**

La priorité que devraient s'assigner le ministère de la santé et le MESR est de définir des axes stratégiques et des structures communes de projet, ainsi que l'exigence en a déjà été pointée dans de nombreux rapports récents.

Le pilotage stratégique des contrats de moyens HU et des conventions HU, l'articulation des critères d'allocation de ressources aux CHU et aux universités, les

⁶⁵ Cf. exemple de l'hôpital universitaire d'Utrecht qui délègue en accord avec les établissements concernés, le traitement des soins courants à ces structures.

modalités d'évaluation des CHU et des futurs directeurs généraux de CHU sont autant d'éléments qui justifient une structuration des services de part et d'autre et un dialogue organisé dans la durée.

Du côté du MESR, ce nouvel axe stratégique d'action pourrait passer par la création au sein de la nouvelle entité « Coordination stratégique et territoires » (à cheval entre la DGRI et la DGESEP) d'une mission projet sur les sujets santé et CHU. Cette nouvelle structure pourrait alors assurer le lien avec le pôle « contractualisation avec les universités », veillant à l'adaptation des outils contractuels à la dimension HU.

Par ailleurs, pour faciliter ce dialogue, des recrutements croisés de spécialistes de l'hôpital et de la santé au MESR et vice-versa peuvent se révéler utiles.

Le suivi et l'audit des procédures de travail commun entre les deux départements ministériels pourraient être confiés aux inspections générales concernées.

Par ailleurs, la dichotomie de la politique de recherche biomédicale entre les deux ministères est un facteur de perte d'efficacité et de carence stratégique, qui contribue au déclin des positions françaises en la matière.

Il sera également nécessaire de progresser dans les outils partagés et de pilotage. Ainsi, la connaissance des flux financiers consacrés à la recherche biomédicale est rendue très difficile par l'éclatement des sources de financement (Etat, assurance maladie, Union Européenne, industriels...). De plus, les crédits recherche du ministère de la santé sont hors périmètre de la mission interministérielle recherche et enseignement supérieur (MIREES) coordonnée par le MESR, et les crédits affectés à la recherche biomédicale au sein de la MIREES sont éclatés entre divers programmes et dilués au sein de l'ensemble plus vaste regroupant sciences de la vie, biotechnologies et santé⁶⁶. **L'élaboration d'outils de consolidation des flux financiers, à travers, par exemple, la création à l'appui de la loi de finances, d'un document de politique transversale (DPT) consacré à cette thématique, permettrait de mesurer et de suivre précisément l'évolution de l'effort national consacré à cette recherche stratégique.**

⁶⁶ Document d'orientation de la recherche biomédicale et en santé, Comité ministériel d'orientation de la recherche, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Janvier 2009, pp. 11-12.

CONCLUSION

La Commission a établi le constat que le modèle mis en place il y a quelque 50 ans par l'ordonnance du 30 décembre 1958 créant les CHU était toujours valide et devait être préservé dans ses fondamentaux. C'est en effet ce système, par l'impulsion qu'il a donnée aux trois missions structurantes de soins, d'enseignement et de recherche, et la dynamique qu'il a suscitée entre elles, qui a permis à la France d'occuper de longue date une place mondiale enviée en matière de niveau sanitaire de sa population et de qualité de la formation de son corps médical. Il lui a également permis de réaliser de bonnes performances en matière de recherche biomédicale.

Si ce modèle demeure valable, l'environnement dans lequel il se déploie a néanmoins beaucoup changé, et il n'autorise donc plus, en l'état, les CHU à faire face dans les meilleures conditions possibles aux nombreux défis qui se posent à eux. Pour rester fidèles à l'objectif d'excellence qui leur a été assigné, ces hôpitaux publics particuliers doivent donc maintenir un haut degré d'ambition, tout en évoluant significativement.

Leur ambition doit naturellement trouver sa traduction dans chacune de leurs trois missions fondatrices : fournir aux patients un service médical à la pointe du progrès, former un nombre croissant de médecins sans dégradation de leur qualité professionnelle, donner un souffle nouveau à la recherche biomédicale nationale. L'équilibre est délicat à trouver entre ces trois objectifs, qui peuvent ne pas toujours être compatibles entre eux. Ainsi, l'égalité d'accès des populations aux soins et une répartition harmonieuse des lieux de formation des professionnels de santé peuvent-ils entrer en conflit avec l'exigence de taille critique indispensable à une recherche biomédicale de niveau international.

Dans ce contexte, seul un effort urgent et accentué en faveur de la recherche biomédicale peut concourir à la résolution de cette contradiction. Notre pays subit une érosion accélérée de ses positions en la matière sous l'effet d'un double mouvement : d'une part, l'organisation des CHU les a conduits à ce jour à accorder la priorité aux soins, d'autre part, nos principaux partenaires se sont engagés dans de très importants programmes de développement de la recherche biomédicale qu'ils considèrent à juste titre comme particulièrement porteurs pour l'avenir. Une priorité assignée à la recherche biomédicale s'impose pour s'inscrire dans cette dynamique internationale et permettre à la France de demeurer dans le peloton de tête.

Parallèlement, des efforts particuliers et ciblés devront être accomplis pour une meilleure prise en charge financière des soins innovants et coûteux, mission spécifique des CHU.

Des opportunités se font jour pour mener à bien ces objectifs.

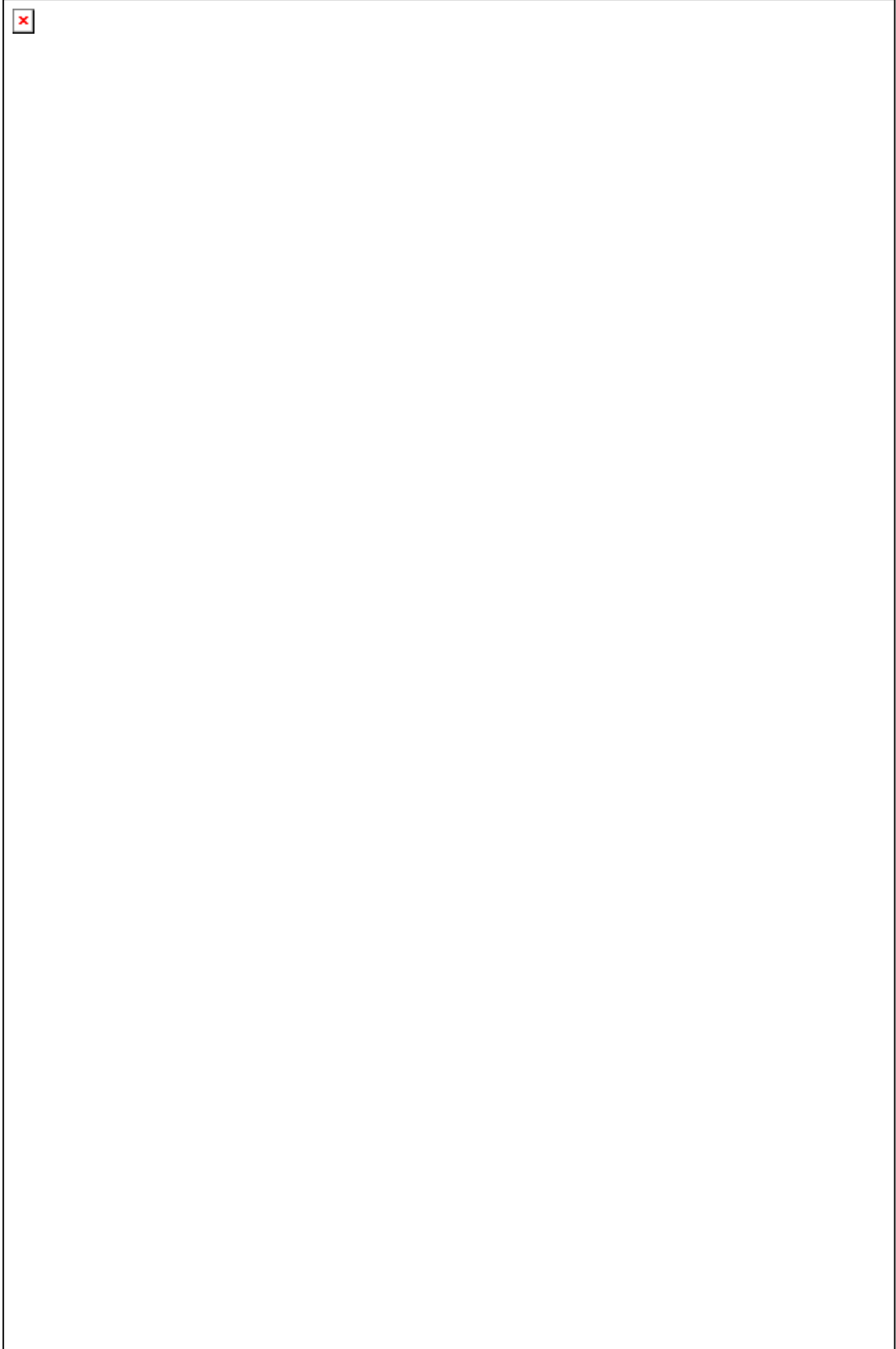
Ainsi, le projet de loi HPST peut ouvrir la voie d'une gouvernance propice à une prise en compte plus équilibrée de la triple mission des CHU et particulièrement des missions universitaires. Elle peut aussi aménager une responsabilisation accrue des acteurs dans un cadre de déconcentration adapté (DHU) et d'une structuration des ressources favorisant le travail coopératif autour de projets (IHU).

Concomitamment la LRU offre une possibilité historique de rapprocher l'université de l'hôpital dans une dynamique conventionnelle renouvelée, et d'ouvrir parallèlement le champ d'une véritable interdisciplinarité entre composantes universitaires et donc d'une recherche translationnelle permettant de capitaliser sur l'apport de chacun.

La mise en place, envisagée et très souhaitable, d'une agence nationale des sciences du vivant visant à s'ériger en opérateur unique de moyens, constitue un élément supplémentaire de clarification et de fluidité, de nature à stimuler le développement de la recherche.

Enfin, pour faciliter l'accompagnement et la mise en œuvre des évolutions préconisées par la Commission, un déploiement progressif sera sans doute nécessaire. Il pourra s'appuyer sur des phases expérimentales conduites dans des sites pilote, afin de pouvoir identifier les facteurs clef de succès de la refondation des CHU, qui devra être portée conjointement par les deux départements ministériels concernés.

Lettre de mission





Liste des personnalités et organisations entendues par la Commission

Administration centrale du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

- Direction Générale de la Santé (DGS)

Benoît LESAFFRE	Chef de la mission Stratégie et recherche
Didier HOUSSIN	Directeur
Olivia MARCHAL	Mission Stratégie et recherche

- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

Annie PODEUR	Directrice
Félix FAUCON	Chef de service

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Lucile OLLIER	sous-directrice
Stéphanie DUPAYS	directeur de cabinet de la directrice

- Mission tarification à l'activité (T2A)

Martine AOUSTIN	Chef de la mission
Roland CASH	

- Agence technique sur l'information hospitalière (ATIH)

Housseyni HOLLA	Directeur adjoint
Dr Marion MENDELHSON	Chef du Service Classifications et Information médicale
Maryse CHODORGE	Directrice

Administration centrale du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

- Direction générale de l'enseignement supérieur (DGES)

Dominique DELOCHE	Chef de bureau
Patrick HETZEL	Directeur général

- Direction générale de la recherche et de l'innovation (DGRI)

Gilles BLOCH	Directeur général
Madame GIOVANELLI	Département Santé et Biomédical-DGRI

Organisations professionnelles

Christian PAIRE	Conférence des DG de CHU	DG du CHU de Rouen
Didier DELMOTTE	Conférence des DG de CHU	DG du CHU de Lille
Paul CASTEL	Conférence des DG de CHU	Président, DG des HC Lyon
Pr Christian THUILLIEZ	Conférence des doyens	Président, Doyen de Rouen
Pr Michel BRAZIER	Conférence des doyens d'UFR de pharmacie	Président
Pr Marc BOLLA	Conférence des doyens d'UFR d'odontologie	Président, doyen de Nice
Alain DESTEE	Conférence des présidents de CME	Président, Président CME de Lille
Pr Pierre-Louis DRUAIS	Collège national des généralistes enseignants - CNGE	Président
Dr Vincent RENARD	CNGE	Vice-président
Pr Jean-Loup SALZMANN	CPU	Président Paris XIII
Antoine DUBOUT	FEHAP	Président
Dr Hélène LOGEROT	FEHAP	Médecin coordonnateur
Gérard VINCENT	FHF	Délégué général
Jean-Loup DUROUSSET	FHP	Président
Dominique MAIGNE	FNCLCC	Délégué général
Pr Thomas TURSZ	FNCLCC	Président

Fédérations syndicales et syndicats

Raphaël GAILLARD	Inter-syndicat des chefs de clinique assistants des hôpitaux de ville de faculté (ISNCCA)	Président
	Inter-syndicat national des internes des hôpitaux des villes de facultés (ISNIH)	Président
Christian LAJOUX	LEEM	Président
Claire SIBENALER	LEEM	Directeur des études cliniques
Philippe LAMOUREUX	LEEM	Directeur général
Pr Alain AUTRET	Syndicat de la coordination nationale des médecins HU-SAMHUR	Secrétaire général
Pr PIETTE	Syndicat de la coordination nationale des médecins HU-SAMHUR	
Pr VILLEMOT	Syndicat de la coordination nationale des médecins HU-SAMHUR	
Pr Bertrand DIQUET	Syndicat national des hospitalo-universitaires - SNHU	Président
Pr Thierry BEGUÉ	Syndicat national des médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics-SNAM-HP	Trésorier adjoint
Pr Dominique MUSSET	Syndicat national des médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics-SNAM-HP	Vice-président

Pr Jean-Pierre PRUVO	Syndicat national des médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics-SNAM-HP	Vice-président
Pr Bernard REGNIER	Syndicat national des pharmaciens praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires	
Pr Dominique VALEYRE	Syndicat national des pharmaciens praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires	
Pr Philippe ARNAUD	Syndicat national des pharmaciens praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires	
Dr Jean-Michel BADET	Syndicat national des praticiens hospitaliers des CHU- SNPH-CHU	Président
Pr Frédéric BARGY	Syndicat national des professeurs hospitalo-universitaires - SNPHU	Président

Organismes nationaux et autres personnalités

Pr André SYROTA	INSERM	Président
Pr Jean-François DHAINAUT	AERES	Président
Mr Jean-Michel CHABOT	HAS	Conseiller technique auprès du directeur général
Jean-Paul GUERIN	HAS	Président de la commission Certification des établissements de santé
Pr Laurent DEGOS	HAS	Président du collège
Pr Jean-Michel DUBERNARD	HAS	Président de la commission évaluation des produits et prestations
Pr Philippe EVEN	Directeur de l'Institut Necker, ancien doyen de la faculté de Necker	
Pr Philippe THIBAULT	Professeur consultant à l'AP-HP, ancien conseiller des ministres de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche	

Déplacements en régions

Site de Lille

Didier DELMOTTE	CHU de Lille	Directeur général
Patrick DEVOS	CHU de Lille	Délégation à la recherche- CHU Lille
Bruno DONIUS	CHU de Lille	Secrétaire général CHU Lille
Pr Alain DESTEE	CHU de Lille	Président de la CME
Dr Jean-Marc RIGOT	CHU de Lille	Vice-président de la CME
Régis FIEVE	CHU de Lille	Directeur de la recherche médicale
Pierre-Marie ROBERT	Université de Lille	Responsable service recherche Université Lille 2
Pr Jean-Paul FRANCKE	Université de Lille	Doyen de l'UFR de médecine
Pr Régis MATRAN	Université de Lille	Vice-président du conseil scientifique de Lille 2
Pr Christian SERGHERAERT	Université de Lille	Président de l'Université Lille 2

Pr Gaston VERMEERSCH Pr Régis BORDET	Université de Lille Université de Lille	Président du CRBSP Directeur de l'Institut de médecine prédictive et de recherche
--	--	---

Site de Strasbourg

Jean-François LANOT Marc Penaud	CHU Strasbourg CHU Strasbourg	Directeur général adjoint Directeur du pôle de gestion et des Finances Directeur du pôle de gestion des projets et de la politique médicale
Mme ELLES Mme RISTERUCCI	CHU Strasbourg CHU Strasbourg	Responsable des affaires médicales
Hélène MANGANO	Université de Strasbourg	Directrice des Finances
Pr Alain BERETZ	Université de Strasbourg	Président
Pr Michel DENEKEN	Université de Strasbourg	Premier Vice-président
Pr Jean SIBILIA	Université de Strasbourg	Vice-doyen de l'UFR de médecine

Site de Nantes

Christiane COUDRIER Pr Yves HELOURY Pr Dominique HEYMANN	CHU Nantes CHU Nantes CHU Nantes	Directrice générale Chef de service Chef de service Directeur du laboratoire d'ingénierie ostéo- articulaire
Dr Pierre WEISS Thierry BIAIS Marianne DESMEDT	CHU Nantes CHU Nantes INSERM	Directeur des affaires médicales Déléguée régionale
Pr Jean-Michel ROGEZ	Université de Nantes	Doyen de l'UFR de médecine
Pr Yves LECOINTE	Université de Nantes	Président de l'Université
Pr Hervé LE MAREC Pr Jean-Claude GALMICHE Pr Jean-Paul SOULILLOU	Nantes- CHU Université de Nantes- CHU Université de Nantes- CHU	Président de la CME Vice doyen chargé de la recherche Président de l'ITERT

Comparaisons internationales

Royaume Uni :

Lord Ara DARZI Stephen SMITH	Secrétaire d'Etat à la santé Principal of the Faculty of Medicine, Imperial College London, Chief Executive of Imperial College Healthcare
---------------------------------	---

Etats- Unis :

Anthony KALLOO	Chief, Division of Gastroenterology & Hepatology, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore
Andrew WARSHAW	Harvard University Chairman, Department of Surgery,

Thomas KRUMMEL

Massachusetts General Hospital - Boston
Chairman of Surgery, Stanford University School of
Medicine

Belgique :

CHU de Liège

Pol LOUIS

Gustave MOONEN

Christian BOUFFIOUX

Vincent D'ORIO

Administrateur Délégué

Doyen de la Faculté, Université de Liège

Médecin en Chef, Directeur médical

Chef du service des urgences et Responsable de
l'axe "Patient" du Contrat organisationnel et
stratégique

Michel MEURISSE

Vice-président du Conseil médical du CHU et Chef
du service de Chirurgie abdominale,
sénologique, endocrinale et transplantation

Valère AKAFOMO

Directeur du Département "analyse, prospective et
évaluation"

Pays Bas :

Chancellor MIEDERNA

Dean, Vice chairman of the Board of University
medical Center, UMC Utrecht