

LE RÔLE DES CHU DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET LA RECHERCHE MÉDICALE

Cour des comptes
Rapport provisoire
Juillet 2017

Florence Favrel-Feuillade

■ Enseignement,

- ▶ Evaluer le volume et le coût de l'activité de formation des médecins assurée par les CHU et la capacité du système à bien former les médecins de façon homogène au niveau national
- ▶ Analyser les conditions dans lesquelles les CHU s'organisent pour exercer les missions de coordination que la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé leur a confiées en matière de formation initiale des professionnels médicaux, de recherche et de gestion de la démographie médicale, au bénéfice des 135 GHT.

■ Recherche médicale,

- ▶ Examiner la contribution des CHU et apprécier la qualité du pilotage et de l'organisation de la recherche tant au niveau national que local.
- ▶ Analyser les modalités de financement de la recherche dans les établissements
- ▶ Examiner si l'organisation territoriale de la recherche médicale conduite par les CHU est pertinente et si son efficacité peut être améliorée.

Méthodologie de l'enquête

- **Entretiens, accompagnés d'envoi de questionnaires aux CHU sélectionnés et aux administrations concernées** : DGOS, DGS, DSS, DGESIP, DGRI, DGRH du MENESR; CGI et ANR, aux conférences (des pts d'Université, des DG et des pts de CME de CHU, et des doyens de médecine), aux fédérations (FHF et UNICANCER, FHP)
- Sur le thème spécifique de la recherche, des entretiens ont été organisés avec l'INSERM, le CNRS, AVIESAN, le HCERES, LEEM et l'ANSM.
- Sur le thème spécifique de la formation, des entretiens ont été organisés avec le conseil national de l'ordre des médecins, l'ONDPS, l'association nationale des étudiants en médecine de France et l'inter-syndicat national des internes.
- **un échantillon de six sites sur un périmètre de 30 CHU a été retenu** : AP-HP (PSL/HUPS), CHU de Bordeaux, Strasbourg, Angers, Saint Etienne , au sein desquels la qualité de la coordination entre les différents partenaires (CHU, université, EPST) a été particulièrement étudiée

■ Le lien **CHU-Université** : une relation à conforter

- ▶ la réforme de la gouvernance des CHU issue de la loi HPST a permis de mieux incarner les missions de recherche et de formation au sein du directoire mais la qualité de la coordination du CHU avec l'université et les organismes de recherche apparaît contrastée
- ▶ **Les nouvelles responsabilités des présidents d'université**, ainsi que la part croissante des autres disciplines dans la recherche médicale, **posent désormais la question des relations entre le président de l'université et les dirigeants du CHU**, au-delà du lien traditionnel avec le doyen de la faculté de médecine.
- ▶ La **mise en place d'une instance de coordination CHU -Université de haut niveau permettrait une meilleure cohérence de la stratégie hospitalo-universitaire** des deux partenaires et son inscription dans la durée.
- ▶ Dans le domaine de la recherche, **la création au niveau régional d'un organe de concertation réunissant les CHU, les universités, les organismes nationaux de recherche, l'agence régionale de santé (ARS) et les collectivités territoriales** permettrait de mieux coordonner les grands choix stratégiques, notamment en matière d'investissement dans des plateformes technologiques. 4

■ La formation médicale : une mission secondaire au sein des CHU pour un enjeu majeur et des évolutions contradictoires

- ▶ **Les réformes des études médicales et de l'augmentation du *numerus clausus*, engendrent des difficultés pour les CHU, qui devient un lieu d'accueil parmi d'autres** avec un accroissement de leurs charges de gestion liées à leur rôle d'établissements support des étudiants et internes, et une diminution de la participation des internes au fonctionnement de leurs propres services
- ▶ **Le rôle central du CHU se réduit d'autant que le système T2A et de carrière HU oriente peu l'activité des personnels hospitalo-universitaires vers l'enseignement :** avancement de carrière non corrélé au niveau d'activité/ performances en matière d'enseignement non évaluées par le CHU/ financement de l'activité de formation fondé sur le nombre d'étudiants et d'internes, et non sur la qualité des formations ou la réussite des étudiants.

= Cela interroge le rôle du CHU employeur de référence des étudiants et des internes.

- ▶ **A *contrario*, les évolutions de la médecine et de la pédagogie médicale redonnent au binôme Université-CHU un rôle central dans la formation des médecins** au regard des nouvelles approches de la santé et des modalités de prise en charge nécessitant des doubles cursus (médecine-sciences, par exemple), **favorisant les universités pluridisciplinaires, tandis que les coûts induits par les nouvelles techniques de simulation médicale favorisent la concentration des investissements dans les CHU.**

■ Une adaptation nécessaire du dispositif de formation

- ▶ **Persistance de fortes inégalités entre territoires** dans l'accès aux études médicales comme dans le déploiement des moyens pédagogiques bien que la réussite aux ECN soit peu corrélée aux taux d'encadrement des étudiants.
- ▶ **Les données prospectives des professions médicales sont peu prises en compte dans l'organisation générale de la formation médicale** (mode d'exercice des médecins ou évolutions de l'art médical) **et la fixation du *numerus clausus* qui structure pourtant en grande partie le système de soins.**
- ▶ **La formation pratique reste dominée par le modèle hospitalo-universitaire structuré par spécialités**, quand la majorité des médecins exercent en libéral et sont généralistes.
- ▶ **Le redéploiement des HU entre spécialités reste limité** par la logique des candidatures locales.
- ▶ **La gestion des HU est conservatrice et complexe**, ne favorisant pas une GPEC pour adapter le nombre et les qualifications des personnels aux besoins locaux et aux évolutions de la science médicale. L'adaptation des formations médicales à l'enjeu de la pluridisciplinarité repose sur d'autres profils, comme les ingénieurs et les scientifiques.
- ▶ **La formation médicale tend à satisfaire différents objectifs dont la mise en oeuvre s'avère contradictoire ex:**
 - le relèvement du *numerus clausus* permet de former plus de médecins mais à conditions d'encadrement inchangées, l'afflux d'étudiants sature les capacités de formation et nuit à la qualité des apprentissages
 - L'objectif pédagogique de la réforme de l'internat avec plus de « jeunes internes » en stage en CHU, alors que ils ont besoin d'internes plus expérimentés pour assurer des soins.

■ Une recherche clinique dynamisée, mais encore trop séparée de la recherche fondamentale

- ▶ **Une forte dynamique liée à la structuration** des entités chargées de la gestion de la recherche (promotion, mise en œuvre des essais cliniques), au PHRC et au modèle incitatif des MERRI
- ▶ **Dans un contexte international fortement concurrentiel, la part relative de la recherche médicale française diminue d'un point de vue quantitatif mais pas d'un point de vue qualitatif** (+33,5 % Fce versus + 53% Mde; +37% pour les CHU entre 2005/14 toutes publications confondues. Pour publications à fort impact l'indice d'impact à 2 ans est de 1,08 en 2015 versus 0,85 en 2005).
- ▶ **Néanmoins, les industriels soulignent la moindre attractivité de la France pour les essais cliniques.**
- ▶ **L'environnement financier très contraint des CHU** (sous l'effet de la T2A avec pression dominante sur l'activité de soins, et de la diminution de la capacité d'autofinancement), **et l'élévation des exigences de la recherche rendent difficile l'atteinte d'une visibilité internationale pour les « petits » CHU moins dotés en PU-PH.**
- ▶ **L'activité de recherche reste très contrastée selon les CHU**, avec une prédominance de l'AP-HP et des CHU implantés dans les métropoles régionales avec UMR. **Ils ont défini des stratégies de recherche fondées sur des axes prioritaires et des actions incitatives (AO Internes), mais non déclinées dans les contrats de pôle**
- ▶ **Des modalités de financement fondées sur une compensation des surcoûts hospitaliers plutôt que sur un budget alloué à la recherche.**
- ▶ Un cloisonnement entre recherche fondamentale et recherche clinique du fait d'appels à projets différents

■ Des modalités de financement de l'activité de recherche à adapter

- ▶ La diffusion du financement destiné à la recherche au sein d'un nombre croissant d'établissements, ainsi que la baisse du financement des structures de soutien (DRCI/CIC) depuis 2011 est contraire aux objectifs des politiques publiques de recherche, qui visent à une concentration des moyens sur les sites d'excellence pour dynamiser la recherche de haut niveau (plates-formes technologiques, masse critique de chercheurs, moyens de soutien administratifs et techniques).
- ▶ En tension sur les activités de soins, les personnels HU ont des difficultés à dégager du temps pour la recherche.
- ▶ Des modalités de financement des activités de formation et de recherche des CHU non fondées sur le coût réel de ces activités fortement imbriquées avec celle de soins. L'obstacle majeur est la méconnaissance du temps consacré par les personnels hospitalo-universitaires à l'université et à l'hôpital, ainsi qu'à leurs trois missions d'enseignement, de recherche et de soins.
- ▶ Le financement des activités d'enseignement et de recherche (MERRI) est marqué par des évolutions incessantes, fondé sur des critères de performance (SIGAPS/SIGREC) insuffisamment discriminants selon la qualité des recherches et ⁸ sur des données fournies par les établissements non contrôlées.

■ Des faiblesses dans le pilotage de la recherche hospitalo-universitaire

- ▶ La recherche française en santé est marquée par des **tensions entre l'INSERM et les CHU**, ceux-ci n'étant pas identifiés comme tutelle des UMR alors qu'ils les hébergent en grande partie et y consacrent des ressources HU ainsi que d'autres personnels hospitaliers
- ▶ **La double tutelle du domaine hospitalo-universitaire**, ministère de la santé / de l'enseignement supérieur et de la recherche **est marquée par un manque de coopération et des tensions** relatives à des décisions de lancement ou d'arrêt de certains dispositifs communs.
- ▶ **Absence de consolidation des financements de la recherche médicale** en France et des **financements par appels à projets fortement cloisonnés** entre les crédits de l'ANR et le PHRC. Seul le PIA a permis avec crédits importants de développer la recherche translationnelle (via IHU/RHU) avec cofinancement CHU-Université -EPST- industriels
- ▶ **Afin de rester compétitive et visible sur le plan international, la recherche médicale doit faire face à 3 enjeux majeurs :**
 - **la capacité de créer des pôles de recherche possédant des moyens de soutien performants**, à la fois en termes de performances techniques, méthodologiques et organisationnelles que seule une certaine masse critique peut permettre
 - **l'ouverture sur d'autres disciplines (informatique, bio-statistique, robotique, nanotechnologies, sciences de l'ingénieur, sciences sociales, etc.)** compte tenu de leur place dans les innovations⁹ médicales
 - **l'amélioration de la capacité d'inclusion de patients dans des essais cliniques.**

Propositions d'orientations :

- 1.** Concentrer les moyens de la recherche et favoriser l'émergence de cinq à dix CHU de visibilité internationale présentant une masse critique suffisante et mettre en place une organisation territoriale permettant de développer les inclusions de patients au-delà des CHU ;
- 2.** Généraliser les parcours de formation à partir des CHU vers les autres établissements de santé et de médecine de ville en s'appuyant sur les données prospectives en santé ;
- 3.** Généraliser et améliorer l'évaluation des activités de formation et de recherche
- 4.** Adapter les modalités de financement aux nouveaux enjeux des CHU et à l'objectif de concentration des moyens, notamment pour l'activité de recherche
- 5.** Mettre en place un suivi et une évaluation des personnels hospitalo-universitaires.

10

Propositions de recommandations 1/2

1. Consolider dans une annexe commune à la loi de finances et à la loi de financement de la sécurité sociale, les moyens budgétaires et humains affectés à la recherche médicale et à la formation initiale des médecins.
2. Définir le temps de travail des PU-PH et sa répartition et systématiser une évaluation périodique de l'ensemble de leurs missions, y compris managériales.
3. Rénover le Programme hospitalier de recherche clinique (fusion niveau Interrégional et national) et gestion par l'ANR , en demandant au Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) de procéder à une évaluation scientifique.
4. Améliorer la régulation démographique et territoriale des professions de santé, en associant l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), les ARS et les universités à la détermination du *numerus clausus* et à la révision des postes hospitalo-universitaires, et en tirant partie de la création des GHT pour mettre en place un parcours de formation cohérent avec les nouveaux parcours de soins.
5. Créer une instance de coordination de la recherche biomédicale au niveau régional, associant les CHU, les universités, les EPST, l'ARS et les collectivités territoriales.

Propositions de recommandations 2/2

6. Adapter les modalités de financement de la recherche en contrôlant les déclarations des établissements, en réservant le score SIGAPS des praticiens à l'établissement qui en est l'employeur principal, en étant plus discriminant sur les indicateurs SIGREC et SIGAPS;
7. Déterminer une méthode de calcul des surcoûts liés à la recherche et à l'enseignement, commune à tous les établissements de santé, à partir de critères éventuellement prédéterminés pour la répartition du temps médical.
8. Généraliser la synchronisation des contrats pluriannuels des CHU avec le calendrier des contrats pluriannuels des universités dont la préparation est précédée par une évaluation par le HCERES
9. Mettre en place une instance de coordination stratégique entre le CHU et l'université, sur l'ensemble du périmètre hospitalo-universitaire.
10. Déterminer des objectifs relatifs à la formation et à la recherche au sein des contrats de pôle hospitalo-universitaire.
11. Intégrer un représentant des CHU au sein du bureau exécutif d'AVIESAN.
12. Renforcer l'évaluation des formations médicales en étendant les évaluations du HCERES à la formation pratique des étudiants et des internes.

■ Pour Conclure

- ▶ La Cour a repris à son compte les critiques formulées par l'AP-HP quant aux problématiques de financements de la recherche (dispersion des crédits , absence de contrôle et pertinence des indicateurs)
- ▶ Le rapport salue la place de l'AP-HP dans l'activité de recherche des CHU et le rôle des CHU dans le dynamisme de la recherche médicale malgré une pression financière forte dans un contexte international concurrentiel
- ▶ Il interroge le rôle du CHU dans la gestion des internes et des étudiants , l'évaluation des activités d'enseignement et de recherche mené en son sein , et plaide pour une réflexion sur les (4) missions des personnels hospitalo-universitaires et la nécessaire évolution de leur gestion/évaluation.
- ▶ Il invite à une meilleure coordination au niveau national régional et local des acteurs autour des thématiques de la recherche et de l'enseignement et un renforcement du lien CHU/Université et du rôle des ARS
- ▶ Il invite à une meilleure lisibilité et consolidation du pilotage et des financements CHU/Université/EPST et une meilleure intégration des CHU dans AVIESAN