

## Synthèse de l'enquête de la Cour des comptes portant sur le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale

"Soixante ans après les ordonnances de 1958, l'organisation hospitalo-universitaire a atteint ses objectifs de soins de haut niveau, de développement de la recherche et de professionnalisation de la formation des médecins. Pour autant, l'examen du rôle des CHU dans ces deux derniers domaines montre un essoufflement du modèle, dans un contexte en forte évolution".

L'incipit lapidaire ci-dessus résume l'enquête de 180 pages de la Cour des comptes qui a passé au crible le modèle hospitalo-universitaire français. En analysant ainsi le rôle des CHU en matière de recherche et d'enseignement supérieur, la Cour a conclu à l'atteinte de certains objectifs. Néanmoins, de façon globale, la Cour déplore :

- « un manque de coopération » des ministères de tutelle (MASS, MESRI)
- l'existence de dissensions entre les acteurs académiques qui trouvent que « les CHU prennent trop d'autonomie » et les CHU qui « contestent le leadership de l'INSERM ».

En substance, les CHU apparaissent fragilisés sur de nombreux points bien que le rapport salue leur contribution importante au dynamisme de la recherche en santé. Les statuts HU et les mécanismes de financement de la recherche clinique (MERRI, PHRC) doivent alors évoluer pour répondre aux nouveaux enjeux et conforter le rôle d'animation des CHU les plus dynamiques dans le cadre de la mise en œuvre des GHT.

### Les soins concentrent l'attention et les moyens dans les CHU de façon très contrastée

Les magistrats de la rue Cambon relèvent "un exercice inégal des trois missions" de soins, de recherche et de formation dans les 30 CHU. Les soins concentrent l'attention et les moyens. Cette priorité a été renforcée par la généralisation de la tarification à l'activité et les difficultés financières rencontrées par la majorité de ces établissements, sans que l'on puisse mesurer l'impact de ces évolutions sur les autres missions des CHU (enseignement et recherche).


Ils pointent également une grande disparité de taille et de moyen entre les différents CHU en France et de production en matière de recherche. Ainsi le budget de l'AP-HP (7,3 Md€) concentre à lui seul 26 % du budget total des 30 CHU de France alors que les 8 CHU les plus petits ont des budgets inférieurs à 500 M€

La qualité de la coordination entre les CHU et leurs universités de rattachement apparaît en outre « contrastée ». Les nouvelles responsabilités des présidents d'université, ainsi que la part croissante des autres disciplines dans la recherche médicale, incitent à un renforcement des relations entre le président de l'université et les dirigeants du CHU, appelant à aller « au-delà du lien traditionnel avec le doyen de la faculté de médecine ». Il pourrait être ainsi envisagé la mise en place d'une instance commune de concertation et la synchronisation des calendriers de leurs

contrats pluriannuels<sup>1</sup>. La qualité des relations des CHU avec les autres partenaires de la recherche (CNRS, INSERM) est elle aussi *"inégaie"*, dépendante de facteurs locaux.

Par ailleurs, la répartition des personnels hospitalo-universitaires reste marquée par des inégalités de répartition, tant en profil qu'en volume.

La comparaison internationale accentue ce regard sur le modèle de CHU français en identifiant des pays avec des CHU en moindre nombre et avec une meilleure structuration des activités de soins et de recherche. Le rapport constate également la dégradation du rang de la France en matière de recherche biomédicale au niveau international malgré l'augmentation de la production nationale, et dans un contexte de dynamique importante de pays émergents. Notre pays se situe désormais au 5<sup>ème</sup> rang concernant la part mondiale des publications à fort impact en biologie fondamentale (6,5 %) et au 8<sup>ème</sup> rang en recherche médicale (6,4 %). La France a été récemment doublée par les Pays-Bas et la Chine.

 **Les disparités selon les CHU dans les taux d'encadrement des étudiants en médecine se font au détriment du temps alloué à la recherche par les HU dans certaines régions et conduit à élargir le profil du personnel enseignant.**

Le niveau d'encadrement des étudiants entrés dans le cursus médical est *"hétérogène"* et le taux d'encadrement *"défavorable, voire "pénalisant pour les étudiants et les enseignants"*.

Entre 2005 et 2015, le nombre d'étudiants en médecine, pharmacie et odontologie est ainsi passé de 176 213 à 223 530 (+ 27 %) alors que les effectifs de personnels hospitalo-universitaires sont pratiquement stables depuis 2000. Le mode de révision des effectifs hospitalo-universitaires est peu propice à une redistribution par territoire ou par spécialité.

Les évolutions de la démographie médicale étudiante, la généralisation de l'internat et le renforcement de la dimension pratique des apprentissages, confèrent désormais aux CHU un rôle central. Même si ce dernier point est à nuancer avec la diffusion des lieux de stage possiblement en dehors du cadre hospitalo-universitaire.

En 2016-2017, hors effectifs de la première année, 144 389 étudiants étaient inscrits en médecine et odontologie, tous niveaux confondus, soit 8,89 % du total des étudiants des universités. L'accès au cursus médical et le niveau de réussite aux examens nationaux, comme la répartition des personnels hospitalo-universitaires restent toutefois marqués par de fortes inégalités :

- Le ratio « *numerus clausus de médecine / 100 000 habitants* » fait ressortir des disparités importantes : en 2013, pour une moyenne nationale de 19,7 places de *numerus clausus* pour 100 000 habitants, les chances d'accès aux études médicales étaient plus fortes en région Limousin (31,1 places pour 100 000 ) qu'en Corse (ratio de 10,7), en Bretagne (ratio de 15,6) ou en région Centre (ratio de 18,5).

---

<sup>1</sup> *commentaire : cela nécessiterait de revoir le statut dérogatoire des UFR de santé prévue par les dispositions du Code de l'Éducation*

- Ces inégalités n'ont pas été supprimées par la hausse générale du numerus clausus entre 2004 et 2013. Le niveau d'encadrement des étudiants entrés dans le cursus médical par des enseignants en santé est hétérogène selon les sites. En 2015-2016, un poste d'enseignant (titulaires et non titulaires) correspondait à 5,92 étudiants à l'université Paris 5 Descartes mais à plus de 15 à l'université Lille 2. Un taux d'encadrement défavorable est susceptible d'être pénalisant pour les étudiants et les enseignants : il ne permet pas de proposer aux étudiants l'accès à l'ensemble des enseignements de spécialité, ce qui pose la question de l'homogénéité des formations médicales sur le territoire national.
- Seules deux universités parisiennes (Paris 5 Descartes et Paris 6 Pierre-et-Marie-Curie) disposent de PU-PH et de MCU-PH dans la quasi-totalité des disciplines. En revanche, de nombreuses universités en région (Amiens, Caen, Rouen, Brest, Nantes, etc.) ne disposent pas de postes hospitalo-universitaires titulaires, et notamment de MCU-PH, dans toutes les spécialités.

Ces disparités ne font pas l'objet d'actions correctrices fortes de la part des pouvoirs publics. Elles affectent les CHU en raison de leur rôle de référence dans la formation pratique des étudiants et de la proximité entre les activités de soins, de formation et de recherche.

Ainsi, un niveau d'encadrement défavorable des étudiants réduit le temps disponible pour la recherche et diminue les capacités d'accompagnement des activités de soin des étudiants par les personnels hospitalo-universitaires.

Dans un contexte d'augmentation de la demande de formation liée au relèvement du numerus clausus, ces déséquilibres conduisent à associer davantage d'acteurs non hospitalo-universitaires (praticiens hospitaliers, médecins libéraux, établissements de santé autres que les CHU) à l'exercice de la mission de formation sans que les ressources mobilisées ne soient comptabilisées et compensées financièrement.

### **Nécessité de repenser le modèle HU**

S'agissant en outre du statut des personnels hospitalo-universitaires, il suscite des interrogations : les souplesses du statut ne suffisent plus à masquer les difficultés d'exercice professionnel. Et, *"au niveau individuel, l'exercice à haut niveau des trois missions est aujourd'hui présenté comme illusoire, la réalité pratique étant souvent celle de la bi-spécialisation voire de la mono-spécialisation"* ou encore des séquences successives au cours des carrières. D'autant que deux autres catégories d'activité se sont ajoutées : le management des services et des pôles ou la fonction de représentation au sein de l'établissement ou de l'université ; les activités annexes comme l'expertise auprès d'institutions publiques ou la participation à des groupes de travail.

Cette hétérogénéité des pratiques est le plus souvent présentée positivement, car elle permet une souplesse qui est appréciée par les personnels hospitalo-universitaires. Elle met cependant les établissements hospitaliers dans l'incapacité de quantifier le temps médical affecté à chacune des missions, à établir leurs coûts analytiques d'autant que les enveloppes MERRI qui ne représentent que 9 % du total des recettes des CHU sont calculées sur la base d'indicateurs d'activité et non sur les coûts directs et indirects des ressources consommées pour accomplir ces missions

d'enseignement et de recherche. Or, la nécessité juridique de connaître les coûts de la recherche et de l'enseignement, notamment au regard du droit communautaire, implique une meilleure connaissance de la répartition effective du temps médical hospitalo-universitaire et non universitaire à l'instar du modèle anglais. Enfin, l'exercice professionnel des personnels hospitalo-universitaires apparaît peu évalué alors que les textes en vigueur le prévoient.

Ce constat amène la Cour des comptes à penser que le modèle hospitalo-universitaire est "*en voie d'essoufflement*", "*fragilisé, comme le montrent le cloisonnement et l'érosion des financements alloués à la recherche biomédicale [...], la nécessité de partager la formation des étudiants avec d'autres établissements du territoire et les signes perceptibles d'une perte d'attractivité du statut de professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH)*".

La double tutelle entre le ministère chargé de la Santé et celui de l'Enseignement supérieur et de la Recherche est également mise en cause dans ce résultat, du fait notamment d'"*un manque de coopération entre les administrations centrales*". La Cour formule notamment les **recommandations** suivantes :

- La mise en place d'un suivi de l'activité des HU : avec une définition des obligations de service dans un cadre contractuel tri-partite (HU/UFR/CHU) et une vision pluriannuelle.
- Une évaluation périodique des HU sur l'ensemble de leurs missions, y compris managériales est souhaitée. Le Royaume-Uni est cité en exemple sur la comptabilisation du temps médical avec un contrat annuel et révisable. Le CHU d'Angers serait prêt à une expérimentation sur le sujet. Sur l'évaluation : il est noté que peu de CHU mettent en place l'évaluation quadriennale, et qu'un décret en préparation (?) prévoit un statut unique des enseignants et hospitaliers avec un rapport d'activité tous les 5 ans.
- Sur la gestion des HU : la multiplicité des acteurs dans la gestion ne favorise pas une gestion prévisionnelle fondée sur les besoins de la population. Dans un souci de clarification et de cohérence, certains actes de gestion pourraient être confiés au DG du CHU.

#### **Portée limitée des IHU sans méconnaître pour autant leur valeur ajoutée à la recherche clinique**

Quant au récent modèle spécifique des instituts hospitalo-universitaires (IHU), la Cour souligne que ces nouvelles structures « *représentent des outils intéressants de dynamisation de la recherche biomédicale et de transfert pour l'amélioration des soins* ». Cependant il ne peut en tout état de cause, insistent les magistrats, qu'"*avoir qu'une portée limitée et ne peut pas être envisagé comme le futur mode d'organisation de l'ensemble des CHU*". Par ailleurs, l'absence d'association de la DGOS au lancement des IHU complète ce jugement.

#### **Réformer le modèle d'allocation des MERRI et du PHRC sur fond de cloisonnement des financements**

La Cour constate tout d'abord une absence de vision consolidée des moyens consacrés en France à la recherche biomédicale. Les EPST sont financés principalement par des dotations d'État tandis

que les CHU sont financés essentiellement par l'Assurance maladie. Aucune méthodologie conjointe du MESRI et du MASS n'existe à ce jour pour établir un tableau exhaustif et précis des moyens consacrés à ce secteur malgré des enquêtes menées chaque année par les deux ministères. Le cloisonnement entre ces deux sources de financement conduirait à un déficit de ressources pour la recherche translationnelle (pourtant l'objet des financements RHU et IHU) mais également les grandes cohortes, les grands essais multicentriques et le transfert pour l'innovation.

La Cour propose de *revoir le modèle de financement des MERRI* (3,5 Md€/an) pour l'aligner sur la recherche publique en augmentant la part des MERRI consacrée aux financements des AAP et structures de recherche. Par ailleurs, le rapport souligne que les MERRI ont été ouverts à toutes les catégories d'établissements (CLCC, HIA, CH, hôpitaux psychiatriques, établissements privés), ce qui rend ce mode de financement très concurrentiel pour les CHU, sans contrôle des données déclarées par les différents établissements. En conséquence, il y a « *une dispersion des crédits et une érosion régulière du financement des CHU pour leur mission de recherche* ». Il faudrait, selon la Cour, concentrer les financements sur les CHU les plus actifs en matière de recherche, en modifiant les modalités de répartition des crédits (notamment via des critères d'éligibilité plus exigeants et plus stricts sur le périmètre des personnels publiant). En effet, au niveau national, certains CHU ont une activité comparable ou moindre que celle des centres de lutte contre le cancer les plus importants mais aussi de certains centres hospitaliers ou cliniques privées. On constate une baisse régulière de la part des CHU dans les scores SIGAPS, à l'exception de l'AP-HP, qui en représente seule 31,1 %, et des Hospices civils de Lyon.

La Cour déplore « la balkanisation » du PHRC (133 M€/an) en PHRC général, PHRC interrégional, PRME, PREPS, PHRIIP et PRTS., ces programmes étant de plus pilotés chacun par des structures distinctes : DGOS<sup>2</sup>, ANR, GIRCI, INCA. Le PHRC devrait, selon la Cour, être rénové en incluant le PHRC interrégional. L'absence de toute évaluation du PHRC, créé il y a 25 ans conduit à demander que ce programme soit désormais périodiquement évalué par le HCÉRÈS et que l'ANR, qui ne gère actuellement que le PRTS, soit le guichet unique pour l'ensemble des appels à projets.

### **Les propositions de réforme de la Cour ont pour objectif d'extraire les CHU d'une fonction de soins de proximité**

La Cour des comptes invite dès lors à engager des réformes "*sans délai*" pour changer le positionnement des CHU en distinguant le rôle dans le domaine de la formation et celui de la recherche, dans le cadre de la mise en place des GHT qui offre une opportunité de graduer les activités en matière de soins, d'enseignement et de recherche. Elle formule pour cela *quinze recommandations répartis en quatre orientations* :

- concentrer les moyens sur des pôles de recherche à visibilité internationale en faisant émerger cinq à dix CHU et en leur confiant une responsabilité de tête de réseau (trois actions) ;

---

<sup>2</sup> *Commentaire : la DGOS, qui fait la coordination avec l'INCA et l'ANR, devrait être pour les établissements de santé le guichet unique et non pas l'ANR plus axée sur recherche fondamentale et translationnelle avec les RHU/IHU.*

- améliorer le pilotage national des activités hospitalo-universitaires (six actions) ;
- renforcer la coordination stratégique des acteurs au niveau régional et local (quatre actions) ;
- mettre en place un suivi de l'activité des personnels hospitalo-universitaires (deux actions).

### **Prochaine étape : le rapport sur « le CHU de demain »**

Ce rapport est une première étape qui va être complété par un second, attendu en novembre 2018, à l'occasion des prochaines assises hospitalo-universitaires.

En effet, le 10 novembre 2017, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, et la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Frédérique Vidal, ont confié conjointement aux conférences concernées un rapport sur le « CHU de demain » (conférence des DG de CHU, conférence des PCME de CHU-CHR, conférences des doyens de faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie et la CPU). L'objet de ce rapport "*visera à examiner dans quelle mesure les CHU contribuent, dans le contexte de mise en place des groupements hospitaliers de territoire, tant du point de vue de la satisfaction des besoins de santé que de la bonne utilisation des moyens dévolus aux établissements hospitaliers*", sans pour autant modifier les textes originels.

## **ANNEXE : Orientations et recommandations**

### ***Orientation n°1 : favoriser, dans le domaine de la recherche biomédicale, l'émergence de cinq à dix CHU disposant d'une visibilité internationale en leur confiant une responsabilité de tête de réseau et en concentrant les moyens de financement***

1. Accroître progressivement et de façon significative la part des recettes MERRI réservée au financement des appels à projets et des structures de recherche.
2. D'ores et déjà, modifier les modalités d'affectation des recettes MERRI : relèvement des seuils d'éligibilité, contrôle des déclarations des établissements et notamment des annuaires des personnels publiants, définition de règles plus strictes pour la prise en compte des personnels publiants, modification des scores SIGAPS et SIGREC afin de les rendre plus discriminants au regard de la qualité des travaux de recherche.
3. Déterminer un mode de calcul des surcoûts de recherche et d'enseignement, commun à tous les établissements de santé, sur la base du temps médical ou à défaut à partir de critères prédéterminés.

### ***Orientation n°2 : améliorer le pilotage national des activités hospitalo-universitaires***

4. Consolider dans une annexe commune à la loi de finances et à la loi de financement de la sécurité sociale, les crédits budgétaires, les dépenses fiscales et les emplois affectés à la recherche biomédicale et à la formation initiale des médecins.
5. Rénover le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) :
  - en plaçant l'appel à projets interrégional (jeunes chercheurs) dans le PHRC national ;
  - en confiant à l'ANR la gestion des appels à projets selon les thématiques et le cahier des charges définis par le ministère chargé de la santé ;
  - en demandant au Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRÈS) de procéder périodiquement à son évaluation scientifique.
6. Organiser les parcours de formation à partir des CHU vers les autres établissements de santé et la médecine de ville en s'appuyant sur les groupements hospitaliers de territoire, en vue de définir des parcours de formation cohérents avec les parcours de soins.
7. Renforcer l'évaluation des formations médicales en étendant les évaluations du HCÉRÈS à la formation pratique des étudiants et des internes.
8. Améliorer le pilotage de la révision des postes hospitalo-universitaires en prenant plus fortement en compte sa dimension nationale et l'évolution des disciplines.
9. Intégrer au sein du bureau exécutif d'AVIESAN un représentant désigné par la conférence des directeurs généraux de CHU.

### ***Orientation n°3 : renforcer la coordination stratégique des acteurs au niveau régional et local***

10. Définir au niveau régional un cadre de coordination des actions menées dans le domaine de la recherche, associant notamment les CHU et autres établissements de santé, les universités, les organismes nationaux de recherche, l'agence régionale de santé (ARS) et les collectivités territoriales.

11. Au niveau local, renforcer la coordination entre le CHU et l'Université pour l'ensemble du périmètre hospitalo-universitaire, notamment en mettant en place une instance commune de concertation.

12. Synchroniser les calendriers de conclusion des contrats pluriannuels des CHU et des universités et les faire précéder d'une évaluation par le HCÉRÈS.

13. Déterminer des objectifs relatifs à la formation et à la recherche au sein des contrats de pôle hospitalo-universitaire.

***Orientation n°4 : mettre en place un suivi de l'activité des personnels hospitalo-universitaires***

14. Définir pour les personnels hospitalo-universitaires des obligations de service à mettre en œuvre dans un cadre contractuel.

15. Évaluer périodiquement les personnels hospitalo-universitaires sur l'ensemble de leurs missions, y compris managériales.