

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

Cour des comptes
Rapport définitif
Janvier 2018

Présentation CME du 6 février 2018

- **Le lien CHU-Université : une relation nouvelle à inventer au-delà de celle qui prévalait avec les doyens**
 - ▶ **Les nouvelles responsabilités des présidents d'université (loi LRU)**, 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.

■ La formation médicale, devenue partagée et contrastée selon les territoires

- ▶ **Persistance de fortes inégalités entre territoires** dans l'accès aux études médicales comme dans le déploiement des moyens pédagogiques
- ▶ **Les réformes des études médicales et de l'augmentation du *numerus clausus*, engendrent des difficultés pour le CHU qui devient un lieu d'accueil parmi d'autres :** 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 la carrière HU** orientent peu l'activité des personnels hospitalo-universitaires vers l'enseignement.
- ▶ **La formation pratique reste dominée par le modèle hospitalo-universitaire structuré par spécialités**, quand la majorité des médecins formés exerceront en libéral et seront généralistes.
- ▶ **Le redéploiement des HU entre spécialités reste limité** par la logique des candidatures locales.
- ▶ **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 d'enseignement** sans que les ressources mobilisées ne soient comptabilisées et compensées financièrement.

■ Des interrogations sur le statut du personnel HU

- ▶ **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
- ▶ D'autant que **d'autres catégories d'activité se sont ajoutées** : le management des services et des pôles ; 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.
- ▶ **En tension sur les activités de soins, les personnels HU ont des difficultés à dégager du temps pour la recherche selon les spécialités.**
- ▶ **La double tutelle** entre le ministère chargé de la Santé et celui de l'Enseignement supérieur et de la Recherche conduit à **"un manque de coopération entre les administrations centrales"**.
- ▶ **La gestion des HU est complexe et n'est plus adaptée à leurs missions actuelles**, ne favorisant pas une GPEC pour ajuster le nombre et les qualifications des personnels aux besoins locaux et aux évolutions de la science médicale.

- **Le statut HU doit être repensé pour s'adapter aux enjeux de la recherche clinique et du management hospitalier**
 - ▶ La mise en place **d'un suivi de l'activité des HU** : définition des obligations de service dans un **cadre contractuel tri-partite** (HU/UFR/CHU) avec une vision pluriannuelle.
 - ▶ **L'évaluation périodique des HU sur l'ensemble de leurs missions, y compris managériales** est souhaité (*cf. exemple de la comptabilisation du temps médical avec un contrat annuel et révisable en GB*).
 - ▶ **Le CHU d'Angers serait prêt à une expérimentation** sur le sujet alors que peu de CHU mettent en place l'évaluation quadriennale
 - ▶ Un décret en préparation prévoit un statut unique des enseignants et hospitaliers avec un rapport d'activité tous les 5 ans.
 - ▶ **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.

■ Une recherche clinique inégalement dynamique selon les CHU dont le pilotage doit gagner en lisibilité et en cohérence

- ▶ 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**
- ▶ **L'environnement financier très contraint des CHU** (sous l'effet de la T2A avec pression dominante sur l'activité de soins) et l'élévation des exigences de la recherche **rendent difficile l'atteinte d'une visibilité internationale pour les « petits » CHU peu 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 où sont implantées les UMR
- ▶ **Des modalités de financement MERRI socle** fondées sur une **compensation des surcoûts hospitaliers plutôt que sur un budget sanctuarisé à la recherche.**
- ▶ Un **cloisonnement entre recherche fondamentale et recherche clinique** du fait d'appels à projets différents.
- ▶ **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 conséquentes H et HU.

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

- ▶ **La dispersion du financement MERRI** 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 visant à une concentration des moyens sur les sites d'excellence
- ▶ **Un financement des activités d'enseignement et de recherche non fondé sur le coût réel de ces activités**, fortement imbriquées avec celle de soins du fait de la méconnaissance de la répartition du temps consacré par les personnels H et HU aux différentes missions.
- ▶ Le financement des activités d'enseignement et de recherche (MERRI) **fondé sur des critères d'activité (SIGAPS/SIGREC) insuffisamment discriminants et non contrôlés.**
- ▶ **La double tutelle 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.
- ▶ **Balkanisation des AO** (PHRC général, PHRC interrégional, PRME, PREPS, PHRIIP et PRTS) pilotés par des structures distinctes (DGOS, ANR, GIRCI, INCa)

■ En résumé

- ▶ **La Cour a repris à son compte les critiques formulées sur les 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 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**
- ▶ **Identification de 5 à 10 CHU dont l'activité de recherche peut prétendre à une visibilité internationale et se voir confier une responsabilité de « tête de réseau »**

- ▶ **Méthodologie**
- ▶ **Orientations et recommandations de la Cour**

- **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
- **Envoi en septembre du rapport provisoire aux institutions interrogées** avec retour attendu dans les 15 j pour faire part de leur remarques
- **Un rapport définitif dont le ton est différents de celui du rapport provisoire rendu public le 17 janvier 2018**

- ***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 (HCERES) 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 HCERES 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 HCERES ;

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