

Rapport au Premier ministre

Les centres hospitaliers et universitaires

Réflexion sur l'évolution de leurs missions

Francis Giraud

Sénateur

Sommaire

Avant-propos	3
La lettre de mission	
Les entretiens	
Les visites des CH&U	
1958	12
L'ordonnance du 30 décembre	
Objectif atteint	
Les évolutions de 1958 à 2006	16
Evolution générale	
Evolution de l'hôpital et du CH&U	
Le « réveil » des CH&U	
Le CH&U aujourd'hui	22
Les chiffres	
Les disparités	
Inter-région	
La complexité des CH&U	
Le CH&U au cœur des réformes	32
Les textes en vigueur	
Les réformes externes au CH&U	
Les réformes internes hospitalières	
Le plan « Hôpital 2007 »	
Les conséquences des réformes sur les trois missions	
La mission de soin	37
Proximité	
Recours et référence	
Les schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3 ^e génération	
La tarification à l'activité	
La nouvelle gouvernance	
La mission d'enseignement	45
L'université	
La formation médicale	
La formation médicale continue	
Les enseignants	
La mission de recherche clinique	54
D'indéniables atouts	
Une ouverture nécessaire au monde scientifique, universitaire et industriel	
Une évaluation et une valorisation indispensables	
Regrouper les équipes	
Propositions	59
Conclusion	64

Introduction

Avant-propos

La création des centres hospitaliers et universitaires (CH&U) en 1958 était un acte politique fort qui a permis à la médecine française de s'inscrire dans la modernité :

Un demi-siècle après, qu'en est-il ?

Ces dernières années, de nombreux **rapports** ont été publiés à leur sujet. Certains, rédigés par des professionnels médicaux ou administratifs à la demande du ministère de la santé ou du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ont surtout rendu compte de différents aspects techniques. D'autres, élaborés à l'initiative des responsables des CH&U (directeurs généraux, présidents de CME, doyens) et notamment à la suite des assises hospitalo-universitaires qui les réunissent tous les deux ans, font le point de la situation et préconisent des pistes d'action.

Tout récemment, les propositions de deux **missions** ont contribué à l'élaboration des textes réglementaires : en avril 2003, la « Mission relative aux spécificités des CH&U » conduite par deux universitaires, MM. Dominique Ducassou et Daniel Jaeck et par un directeur général de CH&U, M. Benoît Leclercq ; en juillet 2004, le rapport conjoint IGAS-IGAENR¹ sur « l'évaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires », présenté par le docteur Françoise Lalande et MM. Jean Debeauvais, Thierry Malan et Thierry Simon.

Il s'agit dans le présent rapport d'une « *réflexion sur l'évolution des missions des centres hospitaliers et universitaires* ». Dans sa lettre, le Premier ministre énumère un certain nombre de points et d'interrogations auxquels nous nous efforcerons de répondre simplement.

NB : dans ce rapport, sera toujours utilisée la dénomination initiale de « centres hospitaliers et universitaires » (CH&U) et non pas le terme de centres hospitalo-universitaires (CHU). Cette appellation, introduite dans le texte de la loi hospitalière de 1991, prête à confusion.

Je remercie :

- le docteur Alain Corvez, conseiller médical à la DHOS,
- Madame Marie-Agnès Ulrich, directeur au CH&U de Grenoble,
- Madame Martine de Froberville, assistante parlementaire,

pour la compétence et le dévouement avec lesquels ils m'ont accompagné durant cette mission.

¹ Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

La lettre de mission

Le Premier Ministre

2546/05/SG

Paris, le 28 NOV. 2005

Monsieur le Sénateur,

L'ordonnance du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale a créé les conditions d'une transformation de la médecine française en liant étroitement les missions de l'hôpital et de l'université au sein des centres hospitaliers et universitaires (CHU) dotés d'un personnel médical exerçant exclusivement en leur sein.

Grâce aux auteurs de cette réforme et à la volonté politique portée par les premiers gouvernements de la V^e République, la médecine française devait rapidement occuper à nouveau la place prééminente qui avait été la sienne dans un passé déjà lointain.

Or les éléments de contexte qui ont accompagné cette réforme ont profondément changé. Il convient aujourd'hui d'identifier les conditions de nature à permettre aux centres hospitaliers et universitaires de jouer pleinement leur rôle pour maintenir cette place dans le cadre des réformes en cours.

Devant la multiplicité des missions auxquelles ils ont à faire face, les centres hospitaliers et universitaires ont le sentiment de ne pas pouvoir remplir pleinement leur fonction. La question est notamment posée, de manière récurrente, de savoir si la mission de recours, de référence, d'innovation et de formation qui incombe aux CHU n'est pas en partie obérée par le volume parfois très important des soins de proximité qu'ils réalisent, par l'éparpillement des moyens, par l'insuffisante convergence des objectifs hospitaliers et universitaires ainsi que des objectifs et stratégies des établissements territorialement proches.

.../...

Monsieur Francis GIRAUD
Sénateur des Bouches-du-Rhône
Sénat
Palais du Luxembourg
15, rue de Vaugirard
75291 PARIS Cedex 06

Compte tenu de l'intérêt que vous portez à cette question, j'ai décidé de vous confier une mission de réflexion sur l'évolution des missions des CHU.

Après avoir dressé le bilan de la situation des centres hospitaliers et universitaires et des disparités qui les caractérisent, vous voudrez bien m'éclairer sur le rôle qu'il convient de faire jouer au CHU en matière de soins courants dans son agglomération, notamment pour les personnes âgées et les populations les plus précaires.

Vous me ferez connaître les solutions que vous préconisez pour que les centres hospitaliers et universitaires demeurent des pôles de référence, capables de réunir les compétences qui assurent l'excellence des pratiques, favorisent le développement de la connaissance et du progrès médical, ainsi que la transmission des savoirs aux différents professionnels de santé dans le cadre de l'enseignement initial et *post* universitaire. Dans ce cadre, j'apprécierai que vous puissiez identifier les conditions qu'il conviendrait de réunir pour développer les activités de recherche clinique des centres hospitaliers et universitaires et les insérer au mieux dans les pôles de compétitivité. Je souhaiterais que vous étudiiez les conditions d'attribution d'un label hospitalo-universitaire aux structures les plus efficaces dans l'accomplissement de leurs différentes missions.

Je souhaite également que vous me fassiez part de vos réflexions sur les démarches d'interrégionalité et de coopération transfrontalière entreprises par certains CHU et l'intérêt de leur extension.

Il conviendrait enfin que soit étudiée l'opportunité de prévoir un dispositif de financement complémentaire de nature à accompagner le développement de l'éventail des activités produites par les CHU. Le cas échéant, vous en décririez la nature et les modalités.

Pour vous permettre d'accomplir cette mission, un décret daté de ce jour vous nommera, en application de l'article L.O. 297 du code électoral, en mission auprès du ministre de la santé des solidarités et du ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche.

.../...

Je souhaite que vous puissiez engager vos travaux sans délai, en étroite collaboration avec les ministères intéressés afin de me remettre à l'issue de votre mission qui durera six mois un rapport précisant vos diagnostics et me proposant des pistes d'action.

J'examinerai avec intérêt toutes autres propositions que vous jugeriez utile de formuler.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Sénateur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Amitiés

D de Villepin

Dominique de VILLEPIN

Les entretiens

Plus de quatre-vingt personnalités médicales, universitaires, scientifiques, administratives, politiques et syndicales, ont été entendues à titre individuel ou collectif au cours de soixante-quatre auditions.

Personnalités entendues

- 1 - M. Nicolas About, sénateur des Yvelines et président de la commission des affaires sociales
- 2 - Professeur Pierre Ambroise-Thomas, vice-président de l'Académie nationale de médecine
- 3 - Professeur Alain Autret (neurologue, CH&U de Tours), président
Professeurs Piette (Paris) et Peragut (Marseille), associés à la Coordination hospitalo-universitaire
- 4 - Professeur Yvon Berland, président de l'université de la Méditerranée (Aix-Marseille II), président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)
- 5 - Docteur Rachel Bocher, présidente de l'inter-syndicat INPH
Docteur Jean-Michel Badet, président du CNPH-CH&U (INPH)
- 6 - Mme Marie-Caroline Bonnet-Galzy, chef de l'IGAS
Docteur Françoise Lalande, inspectrice générale de l'IGAS
Docteur Gilles Duhamel, inspecteur général de l'IGAS
- 7 - M. Pierre Botreau-Roussel, chef de la mission de l'observation, de la prospective et de la recherche clinique à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), ministère de la santé
et M. Christophe Misse, chargé de mission à la DHOS
- 8 - Professeur Christian Bréchet, directeur général de l'INSERM²
- 9 - Docteur Pascale Briand, Directeur de recherche Inserm, chercheur en génétique, directrice générale de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), membre du collège de la Haute autorité de santé, ancien conseiller technique du ministre de la santé, J.F. Mattei
- 10 - Professeur Marc Brodin, conseil scientifique de la CNAM³
- 11 - M. Jean-Michel Budet, directeur général adjoint de l'AP-HM⁴
- 12 - M. Paul Castel, président de la conférence des directeurs généraux des CH&U et directeur général du CH&U de Strasbourg
et M. Daniel Marie, secrétaire général de la conférence et directeur général du CH&U de Dijon
- 13 - M. Jean Castex, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), ministère de la santé,
Mme Danielle Toupillier, chef de service, adjointe au directeur de la DHOS,
Professeur Guy Nicolas
- 14 - Professeur Jean-Michel Chabot, chef de service « Évaluation des pratiques », Haute autorité de santé, faculté de médecine de Marseille, ancien conseiller technique du ministre de la santé, M. J. F. Mattei
- 15 - Professeur Bernard Charpentier, président de la conférence des doyens des facultés de médecine
- 16 - M. Edouard Couty, conseiller maître à la Cour des comptes, ancien directeur de la DHOS
- 17 - Professeur Paul-Henri Cugnenc, député de l'Hérault

² Institut national de la santé et de la recherche médicale

³ Caisse nationale de l'assurance-maladie

⁴ Assistance publique-hôpitaux de Marseille

- 18 - Docteur Ken Davis, président de la Fédération hospitalière privée (FHP)
Et M. Loïc Geffroy, directeur de la FHP
- 19 - Professeur Bernard Debré, député de Paris
- 20 - Professeur Laurent Degos, président du collège de la Haute autorité de santé, directeur de l'Institut universitaire d'hématologie, hôpital Saint-Louis à Paris
- 21 - Professeur Jacques Domergue, député de l'Hérault
- 22 - Professeur Jean-Michel Dubernard, député du Rhône, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale
- 23 - M. Christian Dutreil, directeur de l'ARH⁵-PACA
- 24 - Médecin général inspecteur Eulry, médecin chef de l'hôpital d'instruction des armées du Val de Grâce
- 25 - M. Claude Évin, député, président de la Fédération hospitalière de France (FHF)
M. Gérard Vincent, directeur de la FHF
M. Vincent Diebolt, directeur adjoint, chargé des questions de recherche à la FHF
Mme Barreto, chargée des questions de l'offre de soins à la FHF
- 26 - Professeur Pierre-Louis Fagniez, député du Val-de-Marne
- 27 - Docteur Francis Fellingner, président de la conférence des présidents des CME de centres hospitaliers (CH)
- 28 - Professeur Pierre Fuentes, président de la conférence des présidents de CME des CH&U
- 29 - Professeur Claude Gibert (Réanimation médicale à la Salpêtrière.), vice-président de la CMH
Professeur Dominique Valeyre (pneumologue, hôpital Avicenne, Bobigny),
- 30 - Docteur Marc Giroud, président de SAMU de France, chef de service du Samu de Pontoise
- 31 - Professeur Claude Griscelli, conseiller au ministère de la santé
- 32 - Docteur Olivier Guérin (gastro-entérologue de formation et gériatre d'exercice), vice-président de l'ISNCCA
- 33 - M. Didier Guidoni, ancien chef de projet aux hospices civils de Lyon, ancien conseiller technique des ministres J. F. Mattei, Ph. Douste-Blazy et X. Bertrand, INEUM consulting
- 34 - Professeur Bernard Guiraud-Chaumeil, président de la commission d'évaluation des produits et des prestations à la Haute autorité de santé
- 35 - Docteur Vincent Hazebrouck, chargé de mission à la direction de la politique médicale de l'AP-HP⁶
- 36 - Professeur Didier Houssin, directeur général de la santé
- 37 - Professeur Gérard Janvier, président de la recherche clinique
- 38 - Professeur Axel Kahn, directeur de l'Institut Cochin
- 39 - M. Jean de Kervasdoué, professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au CNAM⁷
- 40 - Mme Claire Legras, conseiller technique santé, assurance maladie, famille et dépendance au cabinet du Premier ministre Dominique de Villepin, à Matignon
- 41 - Docteur Jean-Marie Le Guen, député de Paris
- 42 - Professeur Dominique Maraninchi, directeur de l'institut Paoli Calmettes (Marseille)
- 43 - Professeur Jean-François Mattei, ancien ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées
- 44 - M. Jacques Métais, président de la conférence des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, directeur de l'ARH Rhône-Alpes
- 45 - M. Pierre Mirabaud, délégué à l'aménagement du territoire et à l'action régionale
- 46 - M. Jean-Marc Monteil, directeur de l'enseignement supérieur
- 47 - Mme Annie Podeur, directeur de l'ARH de Bretagne
- 48 - Docteur Jean-Luc Prével, député
- 49 - Professeur Michel van der Rest, directeur du département « sciences du vivant » au CNRS⁸
Docteur Emmanuelle Wollman, chargé des relations avec les CH&U, CNRS

⁵ Agence régionale d'hospitalisation Provence Alpes Côte d'Azur

⁶ Assistance publique-hôpitaux de Paris

⁷ Centre national des arts et métiers

⁸ Centre national de la recherche scientifique

- 50 - Professeur Jean Rey
- 51 - M. Frédéric van Rookeghem, directeur général de l'UNCAM et de la CNAMTS
Professeur Hubert Allemand, médecin conseil national
- 52 - Professeur Jacques Roland, président du Conseil national de l'ordre des médecins
- 53 - M. Jean-Jacques Romatet, directeur général du CH&U de Nice
- 54 - M. Christian-René Rossi, secrétaire général de l'AP-HM
- 55 - Professeur Roland Rymer (PU-PH-radiologie viscérale et vasculaire à Lariboisière), président du
SNAM-HP
et docteur André Elhadad (PH, chirurgien), vice-président
- 56 - Professeur Roland Sambuc, conseiller santé publique - Pôle santé publique, cabinet du ministre de
la santé, M. Xavier Bertrand
- 57 - Professeur Philippe Thibault, conseiller chargé des CH&U, de la formation et de la recherche en
santé au cabinet du ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche, M. François
Goulard
- 58 - Professeur Gérard Tobelem, directeur scientifique de l'IVS, chef du service d'angiohématologie
clinique à l'hôpital Lariboisière à Paris
- 59 - M. Jacques Valade, sénateur de la Gironde, président de la commission des affaires culturelles et
président de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi de programme pour la
recherche
- 60 - Professeur Guy Vallancien, chef du service d'urologie à l'institut Montsouris
- 61 - Professeur Yannick Vallée, 1^{er} vice-président de la conférence des présidents d'université (CPU),
président de l'université Grenoble I
Professeur Jean-François Dhainaut, président de l'université Paris V et représentant de la CPU sur
la mission CH&U.
- 62 - M. Guy Vallet, directeur général de l'AP-HM
- 63 - Docteur Huguette Vigneron-Meleder, directeur de l'ARH de Basse-Normandie
- 64 - Mme Rose-Marie Van-Lerberghe, directeur général de l'AP-HP
Professeur Jean Navarro, directeur de la politique médicale de l'AP-HP

Visites de CH&U

Lors de la visite de douze centres hospitaliers et universitaires, des rencontres ont eu lieu avec les responsables universitaires, hospitaliers et de la recherche.

CH&U de Grenoble

M. Debeaupuis, directeur général du CH&U de Grenoble
Professeur Chirossel, président de la CME du CH&U de Grenoble
Professeur Sèle, doyen de la faculté de médecine

CH&U de Lyon

M. Leclercq, directeur général des hospices civils de Lyon
Professeur Tissot, président de la CME des hospices civils de Lyon
Professeurs Gilly, Martin, Mauguière, Vital-Durand, doyens

CH&U de Rennes

M. Sacco, directeur général du CH&U de Rennes
Professeur Leguerrier, président de la CME du CH&U de Rennes
Professeur Guillé, doyen de la faculté de médecine

CH&U de Caen

Mme Lenhardt, directeur général adjoint du CH&U de Caen
Professeur Valdazo, président de la CME du CH&U de Caen
Professeur Gérard, doyen de la faculté de médecine

CH&U de Limoges

M. Vigouroux, directeur général du CH&U de Limoges
Professeur Descottes, président de la CME du CH&U de Limoges
Professeur Vaudroux, doyen de la faculté de médecine

CH&U de Strasbourg

M. Paul Castel, directeur général du CH&U de Strasbourg
Professeur Daniel Jaeck, président de la CME du CH&U de Strasbourg
Professeur Bertrand Ludes, doyen de la faculté de médecine

CH&U de Toulouse

M. Moinard, directeur général du CH&U de Toulouse
Professeur Vinel, président de la CME du CH&U de Toulouse
Professeur Rougé et Professeur Chap, doyens des facultés de médecine de Toulouse

CH&U de Bordeaux

M. Hériaud, directeur général du CH&U de Bordeaux
Professeur Janvier, président de la CME
Professeur Bégaud, président de l'université de Bordeaux

CH&U de Reims

Mme Christiane Coudrier, directeur général du CH&U de Reims
Professeur Gillery, président de la CME du CH&U de Reims
Professeur Maquart, doyen de la faculté de médecine de Reims

CH&U de Nîmes

M. Mazereau directeur général du CH&U de Nîmes et ses collaborateurs
Professeur Marès, président de la CME du CH&U de Nîmes
Professeur Dauzat, vice-doyen de l'U.F.R. de médecine

CH&U de Montpellier

M. Alain Manville, directeur général du CH&U de Montpellier
Professeur Bernard Hédon, président de la CME du CH&U de Montpellier
Professeur Jacques Touchon, doyen de la faculté de médecine Montpellier-Nîmes

CH&U de Lille

M. Didier Delmotte, directeur général du CH&U de Lille et ses collaborateurs
Docteur J. M. Rigot, vice-président de la CME
Professeur Jean-Paul Francke, doyen de la faculté de médecine
M. Étienne Vervaecke, directeur général d'Eurasanté et son équipe

1958

L'ordonnance du 30 décembre

Après la seconde guerre mondiale, pour moderniser la médecine française, la biologie et la médecine se sont rapprochées sous l'impulsion d'une nouvelle génération de médecins chercheurs, selon le plan de Robert Debré, défini dans le conseil médical de la Résistance. De ces réflexions est issue l'ordonnance du 30 décembre 1958, *relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale*.

Ce texte, remarquable de concision, établit l'union de centres hospitaliers et de l'université. Les personnels médicaux et scientifiques des nouveaux CH&U consacrent à leurs fonctions la totalité de leur activité professionnelle.

A cette époque, l'enseignement médical commence par le PCB⁹ à la faculté des sciences. La médecine s'apprend « au lit du malade », par compagnonnage dans le cursus du stagiaire, de l'externe, de l'interne, de l'assistant, du chef de clinique, de l'agrégé.

La recherche est organisée autour de l'Institut national d'hygiène (INH) et du CNRS¹⁰, l'INSERM¹¹ n'ayant été créé qu'en 1964.

Par ce texte fondateur, un nouvel essor, reconnu par tous, a été donné à la médecine française. Il convient cependant de rappeler que la résistance à ces orientations fut très rude et qu'il fallut plusieurs années pour convaincre l'ensemble de la communauté hospitalo-universitaire.

⁹ Certificat de physique, chimie, biologie

¹⁰ Centre national de la recherche scientifique

¹¹ Institut national de la santé et de la recherche médicale

Le CH&U, entité spécifique qu'aucun texte ne définit, réunit deux structures, un hôpital et une université. Les prérogatives de l'un et de l'autre doivent être clairement établies et respectées :

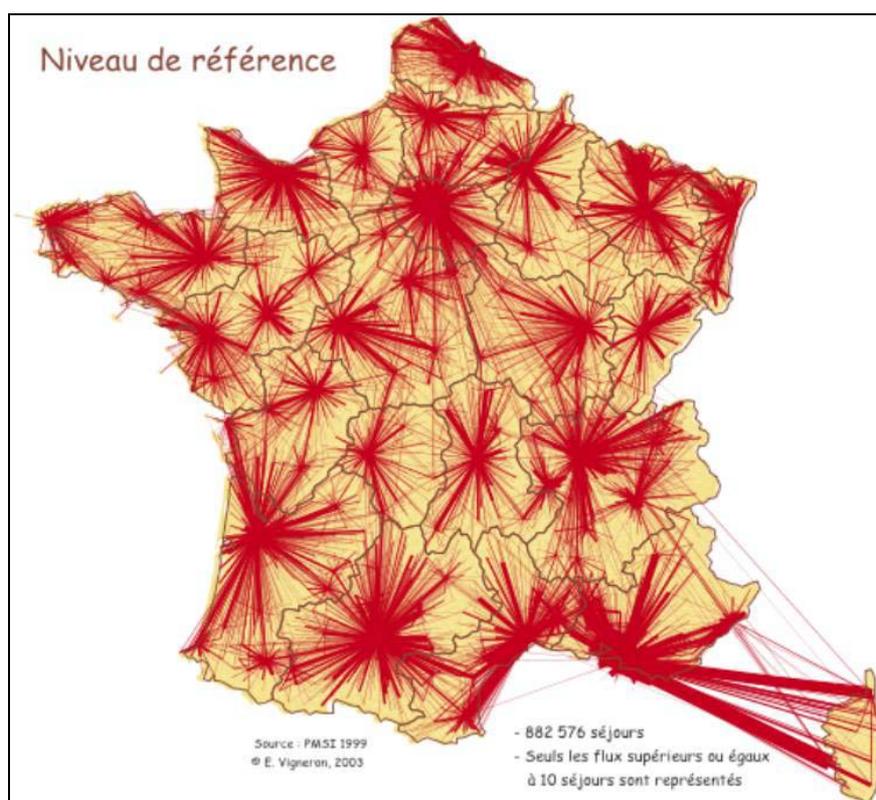
- l'hôpital, dont la mission est de soigner, est indispensable à la formation des médecins et à la recherche clinique ;
- l'université est chargée de l'enseignement et de la recherche.

De l'équilibre entre les trois missions indissociables, soins, enseignement, recherche, érigées en principe, dépend le bénéfice que chacune d'elles tire des deux autres. La qualité du système de santé est liée en grande partie au CH&U puisque les professionnels, quel que soit leur mode ou leur lieu d'exercice, y sont presque exclusivement formés.

Objectif atteint

Les CH&U ont assuré le rayonnement de la médecine française. Ce modèle, largement reconnu est d'ailleurs envié par de nombreux pays.

En deux à trois décennies, ils ont en majorité réussi à fixer l'offre de soins dans leur espace régional et à s'y imposer comme **référence**¹² médicale et scientifique. Désormais les patients trouvent sur leur région les compétences les plus pointues et les technologies les plus récentes correspondant aux affections les plus sérieuses. Ils ne sont plus obligés de « monter » à Paris pour se faire soigner comme ce fut le cas pendant bien longtemps.



¹² Carte du professeur Emmanuel Vigneron extraite de l'ouvrage de la DATAR « Territoires de l'hôpital et territoires de projets de santé » - 2004 - page 32

Les médecins, à l'issue de leur cursus sont considérés comme bien formés.

Les personnels qui y travaillent sont très attachés au CH&U et en éprouvent une grande fierté. Leur dévouement et leur sens du service public se remarquent quelles que soient leurs conditions de travail et particulièrement dans les crises sanitaires. Beaucoup de soignants privilégient l'environnement scientifique de leur exercice à de meilleures rémunérations.

Les malades, enfin, savent où sont les meilleures équipes et les praticiens de renom. Ils n'hésitent plus désormais à franchir des distances importantes pour les consulter.

* * *

*

Les évolutions de 1958 à 2006

Évolution générale

Il semble utile de rappeler les principales transformations observées pendant les 48 dernières années (1958-2006).

L'évolution de la médecine a conduit les CH&U à davantage de spécialisation, nécessitant de plus en plus d'équipements lourds et de plateaux de haute technicité. L'augmentation du poids des soins a entraîné un déséquilibre toujours plus marqué entre le temps consacré à l'hôpital et celui réservé aux nécessités de l'enseignement.

Évolution universitaire : La vocation traditionnelle des universités est la transmission du savoir. Pour les facultés de médecine, c'est aussi celle d'un savoir-faire. L'augmentation constante du nombre des postulants aux professions médicales et paramédicales, l'adaptation de leur cursus aux évolutions de la science et de la médecine, complexifient l'organisation des études.

Évolution de la recherche : La recherche doit être de plus en plus rigoureuse et performante pour être reconnue à l'échelle européenne, voire internationale. Elle requiert des échanges accrus et une concentration de moyens. Elle doit déboucher sur des innovations, condition du progrès médical. Les organismes de recherche se sont donc développés et l'ouverture à l'entreprise privée est devenue incontournable mais difficile.

L'évolution de la société et les changements de mentalités ont des répercussions importantes. La population réclame des soins de qualité répartis équitablement sur tout le territoire. Cette exigence a entraîné la multiplication du nombre de CH&U, provoquant dispersion, redondance de compétences et de moyens.

La répartition différente du temps de travail, de repos et de loisir, les demandes des personnels, ont accru leurs charges de fonctionnement.

Évolution de l'hôpital et du CH&U

Forts de leur prestige et de leur renommée, les CH&U se développent et leur nombre augmente :

1965	1966	1972	1973	1974	1975	1976	1985
Clermont-Ferrand Dijon Lille Lyon Paris Rouen	Angers Besançon	Marseille St Etienne	Caen Grenoble Nancy Nantes Nice Toulouse Tours <i>Clermont-Ferrand Dijon Lyon</i>	Amiens Bordeaux Limoges Montpellier/ Nîmes Poitiers Reims Strasbourg	Brest <i>Lille</i>	 <i>Rouen</i>	Pointe à Pitre/ Fort de France

Année de signature de la convention constitutive entre le CHR et l'université¹³
(avenants en italique)

La réussite des CH&U gagne, par effet d'entraînement, l'ensemble des établissements de santé français. Certains de leurs élèves « colonisent » les hôpitaux publics de villes moyennes et en assurent le développement. D'autres rejoignent des cliniques privées où la rémunération est plus avantageuse.

Pourtant, passée la période des « trente glorieuses », apparaissent les premiers effets de la contrainte économique et la nécessité de contenir les coûts croissants du progrès médical.

La loi de décembre 1970 pose, la première, le principe d'une limitation de l'offre de soins avec l'instauration de la carte sanitaire et la première ébauche de la planification hospitalière.

¹³ D'après enquête IGAS-IGAENR de juillet 2004

En 1974, l'espace géographique français est découpé en 256 secteurs sanitaires répartis en 21 régions.

La **loi hospitalière du 31 juillet 1991** donne au CH&U, comme aux autres hôpitaux publics, le statut d'établissement public de santé, avec entre autres des précisions sur le fonctionnement de la commission médicale d'établissement (CME). Ils ont l'obligation d'élaborer un « projet d'établissement » révisable au moins tous les cinq ans et de s'inscrire dans le premier schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui se met en place. Les spécificités d'enseignement et de recherche ne donnent lieu à aucune préconisation nouvelle dans cette loi.

Dans l'**ordonnance de 1996 portant réforme de l'hospitalisation**, pas un mot n'est consacré aux centres hospitaliers et universitaires.

Au fil des années, l'innovation technologique exerce une fascination collective tant sur les médecins que sur les patients. Les médias s'en font l'écho. Les directeurs investissent, les budgets grimpent, les sur-spécialités s'installent. Les CH&U s'isolent peu à peu des hôpitaux généraux et de la médecine de ville.

Les patients affluent aux urgences, le nombre des praticiens hospitaliers (PH) augmente régulièrement. On passe d'une situation où tous les praticiens étaient universitaires à plein temps à celle d'aujourd'hui où deux tiers des médecins sont des PH mono-appartenants, ce qui peut parfois conduire à des situations conflictuelles.

L'introduction de la RTT¹⁴, les rapports nouveaux des jeunes générations au travail accentuent le phénomène. Le fait que certains médecins ne choisissent plus la « voie royale » de professeur d'université - praticien hospitalier, voire même que quelques uns en démissionnent, achève de jeter le trouble.

¹⁴ Réduction du temps de travail

Le dévouement des cadres soignants, infirmières et autres personnels de santé ne doit pas cacher le profond malaise qui les affecte aujourd'hui : salaires trop faibles, charges de travail trop lourdes pour compenser le manque d'effectifs, loyers élevés dans les grandes villes, faible considération contribuent à une fragilité des carrières que ne compensent pas les nouveaux recrutements des écoles.

Aujourd'hui bien des CH&U sont dans une situation budgétaire difficile et leurs directeurs généraux font voter à leurs conseils d'administration des reports de charges ou des EPRD¹⁵ en déficit. Cette situation préoccupante, qui affecte la plupart des hôpitaux publics¹⁶, fait courir aux CH&U des risques supplémentaires : le danger de restrictions touchant l'investissement en matière de recherche et d'enseignement pour privilégier le soin, qui avec la T2A génère désormais des recettes, peut amener à l'affaiblissement de leur fonction universitaire.

La morosité gagne les CH&U.

* *
*

¹⁵ État prévisionnel des recettes et dépenses

¹⁶ Discours de Claude Évin président de la FHF à Hôpital Expo 2006.

Le « réveil » des CH&U

Pour mieux coordonner leurs actions, les responsables des CH&U se sont organisés en conférences, conférence des directeurs généraux¹⁷, conférence des présidents de CME¹⁸ et conférence des doyens¹⁹. Ces instances qui sont régulièrement consultées et parfois entendues n'ont jamais été reconnues.

La tenue des assises nationales des trois conférences, tous les deux ans, constitue toujours un temps fort de réflexion et de propositions :

- Les **assises de Montpellier** en 2001, manifestent, les premières, la prise de conscience par les CH&U de leur lente érosion. Reprenant le texte d'un scénario construit par le groupe de réflexion animé par Dominique Jolly en 1989 pour l'AP-HP²⁰, elles resteront celles du « **scénario peau de chagrin** ».

Tous les professionnels de l'hôpital souhaiteraient éviter une évolution vers un CH&U « peau de chagrin » faisant apparaître un déséquilibre durable entre soins de proximité et activités de recours.

Ce scénario aurait les caractéristiques suivantes.

- Par « effeuillage » progressif, les CH&U perdent leur autonomie de gestion et donc leur autonomie stratégique.
- Les ressources nouvelles sont affectées au financement de la masse salariale, à l'application des mesures de sécurité sanitaire, aux mesures « fléchées ».
- Les moyens existants sont, sous la pression de la demande, orientés de plus en plus vers la prise en charge de pathologies de base (urgences, personnes âgées) au détriment de l'activité programmée (soins de proximité-recours) et de l'innovation.
- Le financement des innovations diagnostiques et thérapeutiques n'est assuré que très partiellement.
- Les ressources d'investissement sont insuffisantes pour assurer la modernisation des infrastructures et des équipements.

¹⁷ Président Paul Castel

¹⁸ Président professeur Pierre Fuentes

¹⁹ Président professeur Bernard Charpentier

²⁰ Assistance publique des hôpitaux de Paris

- *Les corporatismes continuent à favoriser la préservation des structures et des situations au détriment du service rendu et de l'activité, d'autant plus que la dotation globale de financement ne permet pas de créer une relation claire entre activité produite –coût / recettes.*
- *Soumis à une réglementation administrative inadéquate au regard des besoins de réactivité et à sa situation concurrentielle, le contraste entre les rigidités du CH&U et la liberté d'action du secteur privé s'accroît.*

- Les **assises de Nice** en 2003 marquent de l'avis de tous un véritable tournant. Nombre des propositions qui en sont issues serviront de base au plan « Hôpital 2007 », à sa gouvernance et à son programme d'investissement.

L'année suivante, en décembre 2004 ces mêmes conférences complètent leur réflexion par un **livre blanc sur la recherche** qui énonce leurs « *ambitions pour la recherche médicale française* ».

Il est indispensable de réfléchir aujourd'hui à la mise en place d'ambitions communes fédératrices de moyens et d'énergies.

Il est désormais prioritaire de concentrer les moyens humains et techniques pour atteindre les seuils de masse critique qu'impose aujourd'hui la complexité de la recherche, afin de disposer d'avantages comparatifs à fort impact dans la compétition internationale.

Les CH&U envisagent de fédérer leur approche dans le cadre de la création d'une coordination nationale

- Les **assises de Strasbourg** de mars 2005 se situent dans le prolongement direct de ces engagements.

Le **nouveau livre blanc** de mai 2006²¹ réaffirme l'implication forte des dirigeants des CH&U dans un nouveau management, davantage fondé sur l'efficacité et la responsabilité.

Il existe donc bien un continuum dans l'action qu'ont menée les CH&U pour sortir de l'isolement que beaucoup d'acteurs de santé leur reprochent et dans lequel ils se sont sans doute enfermés trop longtemps.

²¹ De la conférence des directeurs généraux et de la conférence des présidents de CME de CH&U

Le CH&U aujourd'hui

Les chiffres²²

Les CH&U concentrent le tiers de l'hospitalisation française.

Établissements publics administratifs, les CH&U réunissent plus de 200 sites hospitaliers dans lesquels on dénombre près de 3 000 services ou départements d'une capacité de 87 000 lits et de près de 10 000 places.

Soins : avec, en 2004, 3,15 millions de passages aux urgences, 2,2 millions d'hospitalisés en court séjour, 1,4 millions de séjours de moins de 24 heures, près de 12 millions de consultations, les CH&U représentent 35 % de l'activité des hôpitaux publics français.

Enseignement : en coopération avec les 44 facultés de médecine et les 16 facultés d'odontologie, ils assurent la formation médicale de 25 000 étudiants (1^{ère} à 6^{ème} année).

Ils regroupent 9 406 médecins enseignants (PU-PH, MCU-PH, CCA-AHU-PHU, universitaires mono-appartenants).

Quant à leurs 276 écoles spécialisées, elles préparent 25 674 élèves aux métiers de soignants, de cadres de santé, de techniciens de laboratoires.

Recherche : les CH&U se sont dotés de structures de gestion et d'expertise dédiées à la recherche hospitalière : 29 directions ou délégations à la recherche clinique (DRC), 31 centres d'investigation clinique (CIC) et 11 unités de recherche clinique (URC ou centres de recherche clinique)...

²² D'après les chiffres de 2004 publiés in « Rencontre annuelle avec les journalistes », dossier de presse des « 3 conférences », 27 octobre 2005 et le livre blanc (2006) « Le management des CH&U » de la conférence des directeurs généraux et de la conférence des présidents de CME de CH&U

Innovation : en 2002, ils ont déposé 42 nouveaux brevets. Ils se sont portés promoteurs de près d'un millier de protocoles, pour un engagement financier de 60,6 millions d'euros.

Effectifs (2003) : les CH&U emploient 34 % des effectifs médicaux et non-médicaux des établissements publics de santé : 270 000 personnels à temps plein (dont 39 628 praticiens : 27 969 médecins et 11 659 internes ce qui représente près de 20% de l'ensemble des médecins exerçant en France). Ils figurent parmi les plus gros employeurs de la ville voire du département ou même de la région.

Financement : Les CH&U reçoivent environ un tiers du budget de fonctionnement hospitalier, soient 18,3 milliards d'euros en 2003.

8 milliards d'euros ont déjà été affectés au programme de modernisation et de reconstruction.

*

*

*

Les disparités

Les 29 CH&U, répartis dans les 22 régions métropolitaines et les territoires d'outre-mer de Guadeloupe et Martinique, sont bien à l'image des disparités des régions dans lesquelles ils sont implantés.



Implantation des CH&U

Ils constituent par leur **importance** (1 000 à 4 000 lits) une exception mondiale. Trois groupes émergent, les grands CH&U, Paris-Lyon-Marseille, les moyens dans les grandes agglomérations de province et les CH&U des villes moyennes.

Il apparaît que leur **activité** dépend de leur implantation géographique²³, selon qu'ils sont :

- seuls et « pesant lourd » au milieu d'une région peu dense en établissements de santé de recours,
- seuls dans une région en comprenant plusieurs,
- ou plusieurs dans une même région.

Une analyse plus fine de leurs disparités est difficile en raison du faible nombre d'études les concernant. Peu de travaux à l'échelle nationale ont été entrepris pour caractériser le « phénomène CH&U ». Ainsi, sur les 485 numéros des études publiées par la DREES²⁴ dans « Études et Résultats », depuis décembre 1998, pas un seul n'a été spécifiquement consacré au CH&U.

Dans de nombreuses régions, sous l'impulsion de leur département d'information médicale (DIM), les CH&U ont essayé de mieux **définir leur spécificité** dans le domaine des soins pour affiner leur stratégie d'établissement, notamment dans la perspective des futurs contrats d'objectifs et de moyens qui seront discutés avec l'ARH dans leurs bassins de santé.

Deux rapports méritent une attention particulière :

- L'un consacré aux soins, émanant de la DREES sur la « typologie des établissements de soins publics et PSPH²⁵ en fonction de leur activité et de leur environnement ». Au travers d'une analyse multi-dimensionnelle, cette étude tente d'établir une classification de tous les établissements publics. Elle repose toutefois sur des données de 2001 qui mériteraient d'être actualisées.

²³ Réflexions de Benoît Leclercq, directeur général des hospices civils de Lyon

²⁴ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

²⁵ Établissements participant au service public hospitalier

- L'autre sur l'enseignement et la recherche. La mission IGAS-IGAENR, de juillet 2004, déjà mentionnée, pour la première fois s'est risquée à proposer une classification des potentiels de recherche des CH&U en trois groupes, forts chercheurs, intermédiaires et émergents. Il est intéressant de noter que cette analyse fort décriée pour son caractère « peu scientifique » n'a donné lieu à ce jour à aucune étude objective complémentaire ou contradictoire, alors même qu'elle sert désormais de base à l'application nettement différenciée des financements MERRI²⁶.

Dans ce contexte de disparités, le nombre des CH&U est-il pertinent ?

C'est une question récurrente depuis de nombreuses années qui, sitôt passée l'émotion qu'elle suscite, retombe dans la quiétude d'un statu quo prolongé. Il est vrai qu'avec 29 CH&U et parfois plusieurs CH&U dans la même région - 3 en Rhône-Alpes, 2 en Bretagne, en Languedoc-Roussillon et en Provence-Alpes-Côte d'azur - , dont certains à parfois moins de cinquante kilomètres de distance, la situation française fait figure d'exception. Dans quelques régions de moindre population, certains CH&U ont bien du mal à garder une attractivité suffisante pour pouvoir développer leur triple mission et notamment celles d'enseignement et de recherche.

Des CH&U importants mériteraient d'être scindés. C'est ce qui a été entrepris à Paris avec le regroupement dans quatre GCHU²⁷ de plusieurs établissements dont les profils d'activité ont été redéfinis.

D'une manière générale, il est difficile de passer sous silence la volonté forte des villes et régions qui les abritent de disposer d'un CH&U sur leur territoire. Dans les régions où la désertification du territoire s'accélère et où la démographie médicale devient préoccupante, le CH&U représente une opportunité supplémentaire de pouvoir disposer des compétences médicales attendues.

La remontée récente du numerus clausus en médecine et des tâches d'enseignement qui en découlent sert à justifier le statu quo sur le nombre des CH&U.

²⁶ Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

²⁷ Groupement de CH&U proposé par Rose-Marie Van-Lerberghe, directeur général de l'AP-HP

Toutes les activités d'un CH&U doivent-elles être hospitalo-universitaires ?

Même si elle doit être contenue, la prise en compte obligatoire et de plus en plus prégnante des activités de proximité conduit à envisager l'introduction de fonctions d'hôpital général au sein du CH&U. Les mentalités ne sont pas prêtes à cette évolution. Il est de toute façon difficile de désigner à l'intérieur des établissements, où pourtant plus de deux tiers des praticiens sont mono-appartenants, ceux dont les activités seraient assimilées à celles d'un hôpital général.

La plus grande transparence des coûts, apportée par la T2A, montre que le CH&U reste, pour des pathologies ou des prises en charge identiques, constamment plus cher que les autres établissements de santé. L'on comprend ainsi pourquoi, par rapport aux autres pays industrialisés, du fait du grand nombre de lits universitaires, leur coût unitaire en France est le moins élevé, alors que le coût de fonctionnement des hôpitaux universitaires rapporté au PNB est, lui, le plus élevé.

Paradoxalement, avec la nouvelle organisation en pôles d'activité qui se veulent universitaires, il n'est pas sûr qu'il soit facile de distinguer dans les CH&U les services ou unités fonctionnelles qui auraient le label universitaire de ceux qui ne l'auraient pas. Quant à la gestion séparée de ces activités, elle nécessite des outils qui ne sont pas en place au moment où s'établissent les premiers contrats de délégation de gestion.

La majorité des pays ont pourtant choisi de séparer ces activités. Cela permet de former des médecins généralistes à une médecine moins spécialisée.

Certains souhaitent que, pour maintenir le haut niveau des CH&U, après évaluation, des activités puissent être uniquement hospitalières.

* *
*

Inter-région

On ne peut considérer aujourd'hui que chaque établissement détient seul le moyen d'offrir durablement, et dans le contexte de compétition internationale qui est désormais le nôtre, la panoplie nécessaire à l'accomplissement de la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

Plusieurs CH&U ont commencé, certains depuis quelques années déjà, à s'organiser en inter-régions dans le nord²⁸, dans l'ouest²⁹, dans le nord-est³⁰, pour mutualiser leurs forces avec des résultats déjà intéressants pour la gestion des internes ou des postes partagés. A Paris, le regroupement cohérent des activités dispersées des établissements en GCHU procède de la même philosophie.

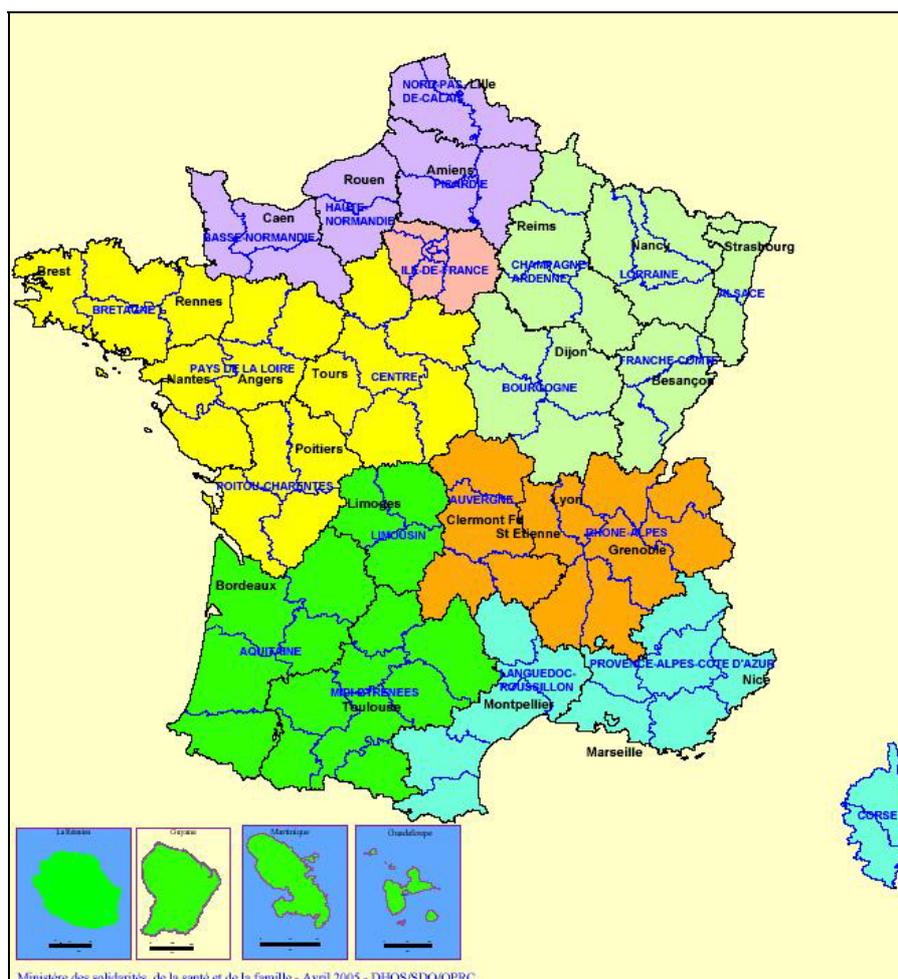
L'université utilise désormais cette échelle inter-régionale pour la gestion des postes des praticiens hospitaliers universitaires. On peut rapprocher de cette logique les échanges universitaires menés par Bordeaux pour assurer la formation des étudiants et des internes des CH&U de Fort-de-France et de Pointe-à-Pitre.

La récente circulaire de la DHOS créant les délégations inter-régionales à la recherche clinique (DIRC) pour mutualiser les capacités de recherche sur 7 inter-régions (cf. carte) constitue une démarche qui va dans le même sens, même si quelques éléments de découpages géographiques restent encore à régler notamment dans leurs correspondances avec les cancéropôles.

²⁸ G4 : regroupant Amiens, Caen, Lille et Rouen

²⁹ HUGO : hôpitaux universitaires du grand ouest regroupant 6 CH&U de 3 régions : Rennes, Brest, Nantes, Angers, Tours et Poitiers

³⁰ Groupe des 5 CH&U du nord-est avec Besançon, Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg et en liaison avec les 5 ARH concernées



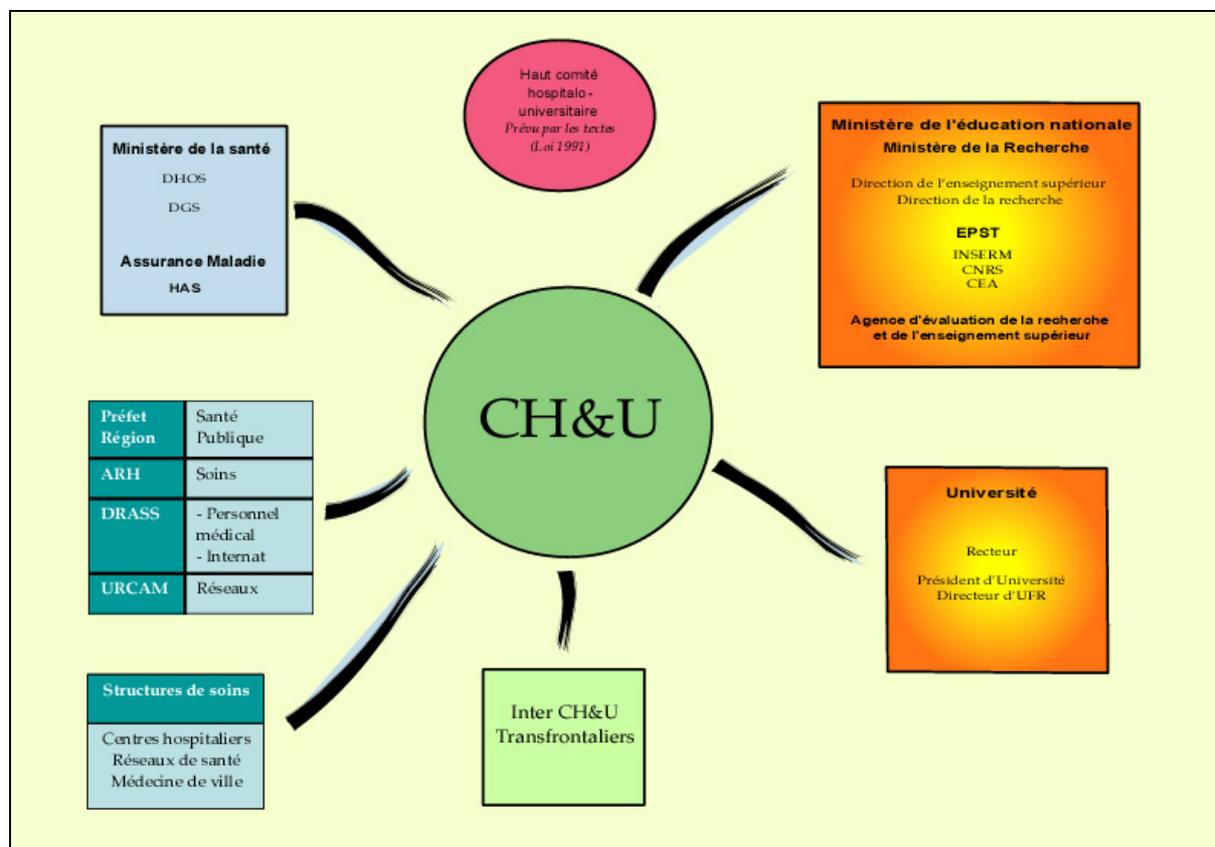
Carte des inter-régions

Les groupements de coopération (GCS) enfin, dont les décrets ont été récemment publiés, constituent des outils attendus par tous pour faciliter ces alliances et les rendre plus souples.

Les échanges transfrontaliers

Par leur situation géographique, un certain nombre de CH&U sont confrontés quotidiennement aux échanges transfrontaliers : Lille, Strasbourg, Nice... Le volume de ces échanges reste limité mais est appelé à se développer. A des distances plus grandes, Barcelone et Gênes constituent des points d'ancrage à consolider sur l'arc méditerranéen.

La complexité des CH&U



Le Haut comité hospitalo-universitaire n'est pas fonctionnel

Les CH&U sont des **structures** importantes dans lesquelles évoluent un nombre considérable d'intervenants, de métiers et formations, régis par de nombreux statuts, et eux-mêmes sous la tutelle de plusieurs ministères.

Le modèle manque à la fois d'un pilotage qui garantisse une meilleure coordination et des marges de liberté nécessaires à un fonctionnement plus souple, donc plus efficace.

Existent au niveau national,

- deux ou trois ministères, selon les cas, avec leurs cabinets et leurs directions respectives,
- la Haute autorité de santé,
- l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur,
- l'UNCAM qui entend de plus en plus faire entendre sa voix.

Existent au niveau régional,

- pour la santé, le préfet, l'ARH, la DRASS, l'URCAM, les collectivités territoriales,
- pour l'enseignement et la recherche, le recteur, l'université avec son conseil scientifique, la faculté de médecine, avec son conseil scientifique, les organismes de recherche (INSERM, CNRS, CEA...)

Le souci de l'efficacité réclame un **pilotage inter-ministériel** avec un triple objectif : assurer la cohérence de la mission hospitalière et universitaire au niveau national, en favoriser la déclinaison territoriale, encourager sa mise en œuvre.

La préservation du principe d'une triple mission de soin, d'enseignement et de recherche dévolue aux CH&U, requiert une volonté politique forte, une définition précise des objectifs à atteindre, une connaissance de la performance des établissements, l'affectation de moyens nécessaires à la réalisation des objectifs fixés.

L'instrument de ce pilotage national existe, c'est le **Haut comité hospitalo-universitaire**, créé par la loi de 1991, dont il convient de redéfinir le statut, la composition et les missions.

Les CH&U n'ont de réalité que par une convention entre un établissement de santé et l'université. Ils n'ont pas de ce fait de personnalité juridique propre. D'un point de vue réglementaire, aucun texte, depuis l'ordonnance de 1958, ne décrit spécifiquement les missions des CH&U³¹ et ne les distingue des autres établissements publics de santé.

Les codes et les statuts y sont différents : code de la santé pour l'hôpital, code de l'éducation nationale pour l'enseignement et code de la recherche.

Les durées des mandats et des projets ne sont pas harmonisés :

- cinq ans maximum pour le projet d'établissement,
- cinq ans pour les contrats d'objectifs et de moyens (COM),
- quatre à six ans pour les conventions hospitalo-universitaires, selon le projet de texte,
- cinq ans pour les doyens, quatre ans pour la CME,
- cinq ans pour les présidents d'université avec un contrat quadriennal.

³¹ Une définition s'inspirant de celle de l'OMS qui se base sur les spécificités que lui confèrent ses missions d'enseignement et de recherche et le rôle particulier qu'il doit assumer en matière de soins complexes s'adapterait bien à notre contexte français :

« *Un hôpital universitaire est un centre de soins complexes caractérisé par :*
- *le rôle important qu'il joue dans l'offre de soins tertiaires*
- *son implication dans l'enseignement et la recherche, liée aux soins qu'il prodigue*
- *la grande concentration des soins qu'il draine* »

Le CH&U au cœur des réformes

Les textes en vigueur

Le CH&U doit intégrer, plus que tout autre, les effets des nombreuses réformes qui sont menées en même temps.

Les réformes externes au CH&U

Parce qu'elles portent davantage sur le système de santé, elles n'affectent le CH&U qu'indirectement. Souvent méconnues des acteurs de l'hôpital, elles ont des conséquences importantes sur son fonctionnement.

On commence tout juste à percevoir les premiers effets de **la réforme de l'assurance maladie** qui introduit la notion de parcours de soins et de meilleures relations entre médecine de ville et hôpital.

Dans le cadre de la maîtrise de l'ONDAM³² hospitalier, la réforme assigne au CH&U, et notamment en période de lancement de la T2A³³, la responsabilité supplémentaire d'établir des référentiels de bonnes pratiques.

Parce qu'il est le lieu où se produit l'innovation, souvent coûteuse, il est demandé au CH&U de veiller à la maîtrise de ses dépenses de prescriptions, en particulier lorsque celles-ci sont effectuées à la sortie du malade vers son domicile ou d'autres structures.

³² Objectif national des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement

³³ Tarification à l'activité

La loi relative à la politique de santé publique comporte plusieurs rubriques pour lesquelles son apport est majeur : recherche biomédicale, maladies rares, un bon quart des cent objectifs décrits dans l'annexe de la loi relèvent de sa compétence. Son exemplarité dans l'application de cette loi sera un facteur déterminant pour le développement de la santé publique.

Il est souvent reproché à **la loi relative aux libertés et responsabilités locales** de n'avoir pas suscité chez les élus un grand engouement pour les problèmes de santé dont ils craignent, à juste titre, le retentissement sur leurs finances locales. Il en résulte de fortes difficultés dans la gestion des filières d'aval notamment dans le domaine des personnes âgées et de la psychiatrie.

La loi de modernisation sociale de 2002 précise les nouvelles modalités du troisième cycle des études médicales.

La loi de programme pour la recherche qui vient d'être promulguée, crée les pôles de recherche et d'enseignement supérieur (PRES) qui associent les CH&U à d'autres structures scientifiques et universitaires. De ce fait ils seront, pour la première fois, officiellement impliqués dans la politique de recherche

Les réformes internes hospitalières

Les hospitaliers sont beaucoup plus familiers des réformes qui sont menées à l'intérieur de l'hôpital. Certaines s'inscrivent dans des processus déjà connus tels que le schéma régional d'organisation des soins (SROS) et l'accréditation. La réforme de la gouvernance qui s'applique à tous les établissements de santé s'adapte bien à la structure des CH&U.

Quatre réformes mobilisent plus particulièrement les personnels de l'hôpital :

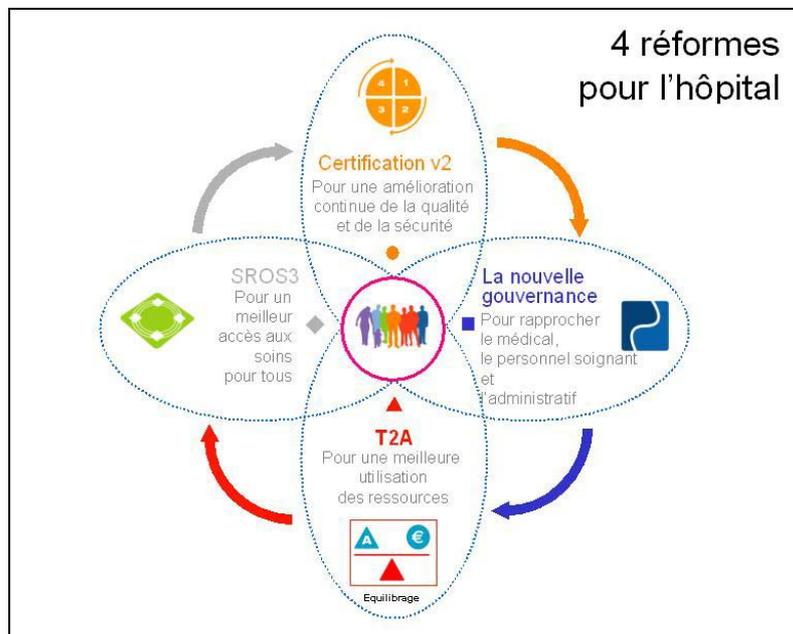


Schéma extrait de « Ensemble modernisons l'hôpital »
Mission d'accompagnement des réformes hospitalières – DHOS

- Les **SROS 3** contenant de nouvelles dispositions en matière de planification et d'autorisations : carte sanitaire supprimée et remplacée par des objectifs quantifiés exprimés en séjours, sites ; suppression de la référence aux lits ; autorisations nécessaires pour de nouvelles activités : réanimation, cancérologie...,
- L'**accréditation** version 2 : évaluation du management et des pratiques professionnelles par la Haute autorité de santé (HAS),
- Le **T2A** : financement à l'activité médicale, financement des MIGAC³⁴, MERRI, EPRD³⁵,
- Le **gouvernance** intra-hospitalière : conseil exécutif, pôles, contractualisation interne.

³⁴ Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

³⁵ État prévisionnel des recettes et des dépenses

Un vaste chantier d'accompagnement pédagogique de ces réformes³⁶ est actuellement en cours, portant essentiellement sur le volet sanitaire. Il serait utile de le compléter sur les volets recherche et enseignement.

Ces réformes sont simplement mentionnées ici car leur retentissement sur le CH&U sera examiné de manière détaillée dans les chapitres qui suivent.

Le plan « Hôpital 2007 »

Le plan « Hôpital 2007 » doit beaucoup à la ténacité de **Jean-François Mattei**, ancien ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Il constitue indéniablement un temps fort de la relance des hôpitaux publics. Les centres hospitaliers et universitaires vont en bénéficier largement (Strasbourg, Amiens, Toulouse, Marseille ...).

La mission Hôpital 2007³⁷ identifiait cinq dysfonctionnements majeurs responsables de la crise de l'hôpital :

« Les directeurs ploient sous les textes, règlements et autres contraintes sécuritaires.

Les médecins s'inquiètent de la bureaucratie, de l'augmentation des poursuites, du manque de personnel soignant, de l'insuffisance d'investissement en matériels et plus généralement d'une pénurie qu'ils n'ont pas créée et qu'ils doivent gérer.

Les personnels hospitaliers qui se dévouent au quotidien ont pris de plein fouet la réglementation des trente cinq heures qui n'a fait qu'aggraver une situation déjà précaire.

L'absence de prise en compte de la pénibilité et de la responsabilité dans les rémunérations est régulièrement évoquée ».

³⁶ Mission confiée par la DHOS à Jean-Jacques Romatet et Denis Debrosse

³⁷ Ministère de la santé

« **Hôpital 2007** » comporte deux séries de mesures :

- La modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics visant à apporter plus de souplesse et de responsabilité dans le fonctionnement. Ces réformes largement développées dans les pages qui suivent insistent fortement sur les modes de coopérations que doivent développer les CH&U.
- La relance massive de l'investissement hospitalier avec un renouvellement et une modernisation du parc hospitalier. Ce sont en tout 8 milliards d'euros qui seront consacrés à l'opération.

Ce plan est aujourd'hui un succès qui sera suivi du **plan « Hôpital 2012 »**, initié par **Xavier Bertrand**, ministre de la santé et des solidarités, pour compléter la modernisation de nos établissements hospitaliers.

*

*

*

Les conséquences des réformes sur les trois missions

La mission de soin

Le CH&U est un hôpital qui assure **trois niveaux de soins** : des soins de *proximité* dont sont également responsables tous les établissements publics de santé ; il a aussi vocation à assurer des soins complexes et innovants de *recours* et de *référence*. Ces trois niveaux sont indispensables à l'enseignement des professionnels de santé, ainsi qu'au développement de la recherche clinique.

Soins de proximité : un afflux aux urgences

Les CH&U se trouvent confrontés depuis ces dernières années, en raison notamment de l'aspiration de chacun³⁸ aux meilleurs soins, à la prise en charge de patients affluant de plus en plus nombreux au service des urgences, sans qu'ils aient le sentiment que cette responsabilité soit partagée.

Les soins de proximité dans les CH&U ont indéniablement atteint un poids excessif au regard des soins de recours ou de référence et de leurs autres missions, enseignement et recherche. Les termes utilisés lors des entretiens, « *envahissement* », « *étouffement* », « *tensions* »,... illustrent le phénomène. A contrario, l'absence de difficultés particulières en la matière est avancée par les représentants de CH&U implantés dans des régions de moindre population et dont le niveau des missions recherche et enseignement est faible.

Certaines **conséquences d'un tel afflux aux urgences**, relayées médiatiquement, sont bien connues : difficulté de prise en charge des patients dans de bonnes conditions, patients dans

³⁸ Les Français veulent concilier deux options pour l'avenir de l'hôpital : l'excellence (« des grands hôpitaux équipés de manière optimale ») et la proximité (« des centres hospitaliers de petite taille répartis sur l'ensemble du territoire ») selon les résultats de l'enquête FHF citée par Xavier Bertrand, ministre de la santé, à Hôpital Expo 2006.

les couloirs, délais d'attente très longs avant l'hospitalisation, personnel sous tension permanente, ... D'autres sont moins visibles, comme la désorganisation des prises en charge en hospitalisation, notamment de recours, voire de référence, l'annulation fréquente d'admissions programmées, la perturbation des services dans certaines filières par manque de lits d'aval ou par défaut d'implication des professionnels de ville dans l'hospitalisation à domicile, l'allongement des délais de rendez-vous.

La mise en œuvre de plus de moyens ne peut être la seule réponse à l'afflux croissant des patients aux urgences, même si cela génère des recettes supplémentaires. Cet effort de régulation des flux d'entrée ne doit pas conduire à une sélection des patients ou des activités.

Les premières **conséquences du vieillissement de notre population**, en particulier s'agissant du très grand âge (au-delà de 85 ans), commencent à peser sur le système hospitalier puisque 1/3 des personnes qui fréquentent les urgences ont plus de 70 ans et que parmi elles 2/3 sont hospitalisées.

Ce phénomène affecte tout particulièrement les CH&U car ces patients très nombreux recourent majoritairement à l'hôpital public pour leurs soins de médecine. De nombreux CH&U ont entrepris de réorganiser leurs filières de soins en gériatrie afin de distinguer la prise en charge aiguë de celle de soins de suite et dont les modalités de financement sont désormais bien différenciées. La perspective d'une forte augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population dans les prochaines années impose d'accentuer cette démarche.

La **précarité** qui affecte particulièrement les grandes villes a également des conséquences qui pèsent quotidiennement sur la gestion des soins courants au CH&U et n'autorise pas toujours la pratique des soins ambulatoires qu'il entend développer. Circuit des **urgences psychiatriques** en nette augmentation, addictologie, accompagnement médico-social obéissent à des modes de prise en charge qu'il n'est pas toujours facile de faire cohabiter avec les soins plus « pointus ».

La médecine de ville, les structures médico-sociales restent, elles, dans l'attente d'un système mieux organisé de prise en charge du patient entre le CH&U et le domicile qui évite tout à la fois, un afflux démesuré aux services d'urgence, des renvois à domicile jugés parfois « *intempestifs* » et des délais excessifs dans les hospitalisations programmées ...

Il existe enfin une forte attente de voir les CH&U s'impliquer davantage dans la santé publique. Ils devraient jouer un rôle de premier plan dans la politique qui se met en place dans leurs régions dans le cadre des GRSP³⁹. Il faudrait toutefois qu'ils obtiennent une meilleure place que celle qui leur est donnée dans les nouvelles conférences régionales de santé.

Il ressort des entretiens menés que la question d'un **nécessaire équilibre entre les trois niveaux de soins** n'est pas suffisamment prise en compte au niveau national et régional.

Le rôle de recours des CH&U ne constitue pas seulement une réponse aux besoins des patients, mais une mission obligatoire car certains soins ne peuvent être prodigués ailleurs.

Pour mieux assurer leurs missions de recours, les CH&U ont entrepris de restructurer leurs filières internes et l'offre de soins de « leurs » territoires de santé (proximité, recours et référence). « *Nous essayons d'irriguer le territoire, nous sommes sortis de notre tour d'ivoire* », a-t-on entendu.

Parmi les initiatives prises, on peut citer :

- la régulation de l'activité de proximité : maisons médicales dans l'enceinte du CH&U, conventions sur les filières gériatriques,
- les partenariats avec les autres établissements, leur permettant de recourir aux CH&U pour les pathologies plus lourdes : fédérations inter-services, postes partagés de praticiens hospitaliers (PH) et d'assistants ...,
- l'investissement dans les réseaux de santé, qui commencent à porter leurs fruits, malgré la lourdeur des procédures et la crainte de leurs partenaires d'un hospitalo-centrisme,
- le développement de la télémédecine dont ils sont souvent promoteurs,
- la contribution à la diffusion de bonnes pratiques en fournissant procédures et référentiels permet d'élever le niveau global de qualité. Le plan cancer fournit un bon exemple de ce qui peut être entrepris.

³⁹ Groupements régionaux de santé publique prévus par la loi de santé publique d'août 2004.

Dans le cadre des maladies rares et des centres de ressources et de mémoire dans la maladie d'Alzheimer, le ministère a délivré à des médecins exerçant dans les CH&U des « **labels** » de **centre de référence** sur des critères tenant à la fois à la haute spécialisation de ces structures et à leur implication forte dans la recherche et l'innovation. Cette « labellisation » donne droit à des crédits fléchés et spécifiques. Le plan cancer reprend cette logique de centres agréés.

Cette délivrance de **labels hospitalo-universitaires** concilie au mieux des impératifs de financements spécifiques et des engagements d'organisation des prises en charge. Elle devrait être élargie à d'autres pathologies nécessitant des avis hautement spécialisés ou le recours à des investigations ne pouvant être réalisées partout.

L'absence de référentiel national, d'indicateurs partagés, d'outils de mesure, hormis l'étude ponctuelle de la DREES déjà citée, permettant de clarifier et d'évaluer le volume des soins de proximité, de recours et de référence, empêchent les CH&U d'objectiver et de comparer les situations de déséquilibres entre les trois missions d'enseignement, de soin et de recherche.

Plusieurs d'entre eux ont développé des outils pour pallier cette carence.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3)

La circulaire ministérielle du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération (SROS 3) à l'attention des ARH concerne l'organisation sanitaire au sein des bassins de santé et l'accès aux soins de proximité. Même s'il y est fait mention d'une organisation sanitaire graduée, de la répartition de plateaux techniques, la spécificité des CH&U dans cette organisation sanitaire n'y apparaît pas clairement. Leur rôle demeure assimilé à celui d'hôpital général sans réelle réciprocité des autres établissements publics et privés ni de la médecine de ville, notamment en matière de permanence des soins et de prise en charge des personnes âgées ou des plus démunis.

Le rapport d'un groupe de travail coordonné par la DHOS sur « Rôle et place des CH&U dans l'organisation des soins », suivi d'une note de la même direction, du 22 juillet 2005, ont appelé l'attention des ARH sur la nécessité de prendre en compte ce rôle des CH&U. Ces recommandations ne semblent pas avoir eu partout l'effet escompté.

Parce qu'ils doivent assurer des soins de recours et de référence, l'activité des CH&U ne peut se limiter à leurs territoires de proximité. « *Par nature, les missions du CH&U s'exercent sur des territoires de taille différente.* », a-t-il été signalé lors des entretiens.

La composition des conférences sanitaires de bassin est de ce fait mal adaptée aux CH&U. Leur représentation y est prévue dans leurs bassins de santé, donc de proximité, et de surcroît limitée à deux personnes, le directeur général et le président de la CME. Les projets médicaux de territoire vont se construire entre des partenaires aux missions très différentes et le CH&U ne « pèsera » pas plus lourd en voix qu'un hôpital local.

Les ARH considèrent qu'il « *va de soi que le CH&U assume des missions spécifiques. Donc cela n'est pas la peine de le traiter spécifiquement dans le SROS* ». Elles estiment prendre en compte leurs attentes à travers leurs nombreux experts, présents dans tous les comités. Ceux-ci, désignés par elles, n'assurent pas toujours une représentation institutionnelle. C'est ce que nombre de représentants de CH&U ont appelé la « *dérive des experts* ».

La mise en œuvre du SROS 3, avec des autorisations nouvelles, des objectifs quantifiés déclinés dans les futurs contrats d'objectifs et de moyens (COM) et les futurs schémas inter-régionaux d'organisation sanitaire (SIOS) doivent être l'occasion de combler ce déficit préjudiciable, certes pour les CH&U, mais en définitive pour l'efficiency du système de santé lui-même.

La tarification à l'activité (T2A)

La réforme du financement a été souhaitée par une majorité de directeurs généraux afin de sortir du carcan du budget global, qui empêchait par nature tout développement d'activités à l'hôpital public, en particulier de recours et de référence, sans financement spécifique sur l'enveloppe régionale. Tous les responsables de CH&U entendus dans le cadre de la mission soulignent que la réforme du financement a une incidence sur leurs réflexions stratégiques et notamment sur celles qui concernent l'équilibre des trois niveaux de soins mais aussi sur les missions d'intérêt général, comme les soins palliatifs, l'addictologie, la douleur ...

En cette période où de nombreux CH&U sont en proie à des **difficultés budgétaires**, la tentation est grande d'augmenter l'activité de proximité pour générer de nouvelles recettes⁴⁰. Certains directeurs généraux affirment même que ce sera de leur part un choix résolu et offensif. Dans un contexte de forte concurrence entre public et privé, dans les villes, sièges de facultés, les CH&U n'entendent pas nécessairement laisser les activités les plus rentables aux établissements privés pour ne gérer que les activités par essence déficitaires.

« Il y a une vertu principale à la T2A, c'est la transparence », a-t-il été toutefois souligné.

L'avenir du CH&U réside dans sa capacité à dégager des marges pour assurer l'excellence et développer l'innovation. La T2A le permet, sous certaines réserves. Les CH&U sont désormais soumis à de nouvelles modalités de gestion avec les états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD). Les praticiens sont amenés à veiller au coût de leurs interventions et à rechercher l'efficacité des soins qu'ils prodiguent. Ces nouvelles règles constituent un important défi pour les responsables hospitaliers, dont les capacités d'investissement sont maintenant conditionnées par l'équilibre du budget de fonctionnement.

Au-delà du financement, il est prévu que les règles juridiques, statutaires ou budgétaires (codes des marchés publics) s'allègent pour remédier au manque de souplesse et de réactivité des CH&U dans le contexte très concurrentiel de leurs bassins de population.

⁴⁰ Cf. Rapport sénateur Alain Vasselle réclamant davantage de contrôle pour éviter le piège d'une régulation prix-volume inéquitable

La nouvelle gouvernance

Lors des auditions et des visites, des griefs se sont exprimés sur le poids excessif de l'administration, sur le pouvoir des directeurs, sur la complexité des organigrammes, sur les trop nombreuses réunions jugées « *chronophages* ».

La nouvelle gouvernance est à l'œuvre. Elle doit justement permettre de rapprocher les équipes médicales, soignantes et administratives pour une meilleure efficacité. Les CH&U ont naturellement investi l'espace ouvert par cette réforme, essentiellement conçue à l'échelle d'établissements importants. Depuis les assises hospitalo-universitaires de Nice de mars 2003, nombre de CH&U ont entrepris une transformation de leur pilotage institutionnel, en mettant en place notamment des comités stratégiques, précurseurs des futurs conseils exécutifs, et engagé une réorganisation de leurs activités en pôles.

S'intégrant dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », **l'ordonnance du 2 mai 2005**, portant réforme juridique des établissements publics de santé, a approuvé ces transformations qu'elle a rendues applicables à tous les centres hospitaliers : création du conseil exécutif, redéfinition du rôle du conseil d'administration, de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement ainsi que la mise en place des pôles d'activité et la contractualisation interne.

Bien loin des objectifs de souplesse et d'adaptation affichés dans le rapport au président de la République, qui accompagnait l'ordonnance dite de simplification, le texte et les décrets d'application sont alourdis de très nombreux détails sur les structures et les modalités de désignation des responsables.

Convaincus du bien-fondé de la nouvelle gouvernance, les CH&U se sont engagés dans la mise en œuvre d'un pilotage de leurs structures sur la base d'une meilleure collaboration médico-administrative. Au-delà du respect mutuel et de la confiance qui se sont instaurés, « *directeur général, président de CME et doyen sont condamnés à s'entendre* ». C'est la notion d'efficacité et de stratégie commune qui prévaut dans le pilotage partagé.

Les **conseils exécutifs** prennent forme. Ils abordent progressivement les questions stratégiques, en priorité dans le domaine des soins. Il faut qu'ils s'ouvrent assez vite aux questions touchant à la place de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation.

La plupart des CH&U ont entrepris de mettre en place des **pôles d'activité**. Ce volet de la réforme doit donner aux CH&U plus de réactivité aux évolutions de l'environnement et leur permettre de mieux répondre en interne aux besoins de santé par le décloisonnement des structures, une meilleure organisation du parcours du patient, une adaptation plus rapide aux modes de prise en charge, la diminution d'activités redondantes.

Les doyens et les responsables médicaux dans les CH&U demeurent attachés au maintien de l'identité universitaire au sein des pôles. Ils attendent donc « *que les disciplines continuent d'exister pour la formation académique avec un leader qui ait une fonction universitaire* ».

La nouvelle gouvernance n'entend pas se limiter à la seule relation entre les directeurs et les médecins. Cadres soignants, infirmières et autres personnels de santé, qui constituent la majorité des effectifs du CH&U, joueront un rôle majeur dans le fonctionnement des pôles. Au travers de la nouvelle commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, la réforme leur donne de meilleures possibilités d'être associés aux décisions.

Il n'est pas possible de porter un jugement sur cette réforme de la gouvernance puisque les établissements ont jusqu'à janvier 2007 pour sa mise en œuvre. Celle-ci ne doit pas aboutir à la création d'une « *4^{ème} mission médico-administrative* », alors que prévaut le sentiment qu'il est déjà, pour un PU-PH, quasiment impossible d'assurer la triple mission soins, enseignement, recherche.

La mission d'enseignement

La mission d'enseignement dans les CH&U est indissociable des missions de soins et de recherche. Elle est sous la responsabilité du président de l'université et des doyens, directeurs d'unités de formation et de recherche (UFR).

Université à composante médicale

Depuis que les facultés de médecine ont perdu leur personnalité morale au profit des universités, pour devenir des UFR, les relations entre doyens et présidents d'université sont parfois conflictuelles, en raison, en grande partie, de la confusion entretenue de leurs rôles respectifs.

Les doyens

L'article L713-3 du code de l'éducation précise que les directeurs des UFR (les doyens) ont la responsabilité du projet éducatif des UFR.

L'article 32 de la loi Savary de 1984 leur donne un pouvoir dérogatoire « *pour signer les conventions hospitalo-universitaires* », mais celles-ci restent soumises à l'approbation du président de l'université. « *Le directeur est compétent pour prendre toutes décisions découlant de l'application de ces conventions. Il est ordonnateur secondaire des recettes et des dépenses* ».

Aujourd'hui les UFR, donc les doyens, ont des relations privilégiées avec le directeur général et le président de la CME. Ils ont l'occasion de s'impliquer davantage dans le fonctionnement des conseils exécutifs et d'en alimenter l'ordre du jour de questions touchant à l'enseignement.

Les doyens conservent avec l'hôpital le choix des postes de PU-PH à pourvoir.

Les présidents d'université

Les présidents d'université signent les contrats avec l'État, définissent la stratégie et nouent les alliances. Ils ont la maîtrise des locaux et des personnels (PU).

S'agissant de l'enseignement supérieur, à l'étranger, on ne considère que les universités. Elles seules sont prises en compte dans le « classement de Shanghai ». Le système français qui comporte plusieurs facultés par université, et selon les villes, une ou plusieurs universités avec des regroupements différents de disciplines est de ce fait peu lisible. Mais bien des interlocuteurs s'inquiètent de l'état d'indigence dans lequel se trouvent nos universités, ainsi que des pesanteurs administratives qui pèsent sur elles.

La situation réglementaire entre les UFR et les universités, source d'ambiguïté, alimente sans doute la controverse actuelle :

- certains estiment nécessaire que les facultés de médecine deviennent des universités de santé, chargées de la formation des professions médicales et paramédicales.
- d'autres redoutent l'enfermement des facultés de médecine et pensent que l'université représente une chance pour l'UFR de se désenclaver, de s'ouvrir à d'autres disciplines, telles que les sciences humaines, mais aussi, grâce à leur caractère multi-disciplinaire, de s'intégrer dans la dynamique des pôles de compétitivité. De plus la professionnalisation de l'université permettrait la création de nouveaux métiers de santé (épidémiologie, économie de la santé ...).;

La convention constitutive entre CH & U

Dans le cadre de la convention constitutive du CH&U l'établissement hospitalier et l'université s'entendent sur les moyens que chaque structure entend apporter.

Le texte visant à permettre l'actualisation des conventions entre l'hôpital et l'université est en cours de révision. Les conventions devront assurer la convergence des objectifs et celle des contrats de moyens en favorisant la complémentarité et la simultanéité :

- des contrats d'objectifs entre l'ARH et le CH&U auxquels le président de l'université est obligatoirement associé,
- et des contrats quadriennaux des universités passés avec l'État, qui devraient comporter un volet santé.

Il conviendrait que ces conventions ne soient pas que patrimoniales. Il faudrait une convention de structure-type autorisant des aménagements locaux.

La formation médicale⁴¹

L'implication des CH&U dans la formation médicale est essentielle. C'est le lieu où s'effectue la **formation clinique**, au lit du malade, et le plus souvent sous le mode du compagnonnage. Les réformes en cours, notamment la mise en œuvre du processus de Bologne, avec le cursus licence-master-doctorat (LMD), offriront l'occasion de donner un nouvel élan à un enseignement figé depuis de nombreuses années et la possibilité d'acquérir une formation scientifique au cours des deuxième et troisième cycles.

Les menaces qui pèsent sur la **démographie médicale**⁴² avec la baisse du nombre de médecins, des spécialités désertées, des implantations déséquilibrées, la remontée progressive depuis cinq ans du numerus clausus (aujourd'hui à 7 000), appellent une attention particulière sur l'organisation des stages hospitaliers. La place donnée au doyen dans le conseil exécutif constitue une réelle opportunité de mieux concilier une formation de qualité et la mise à disposition de terrains de stage en nombre suffisants.

Les **futurs médecins** doivent acquérir un savoir théorique qu'il appartient aux facultés de médecine de délivrer, et un savoir pratique qui est essentiellement acquis dans des services hospitaliers reconnus qualifiants par la compétence des enseignants.

Le premier cycle

Ce qui se passe en **PCEM 1** n'est pas à proprement parler de la responsabilité du CH&U. Il ne peut s'en désintéresser, d'autant plus qu'un certain nombre d'UFR ont mis en place des programmes communs aux étudiants en médecine, en odontologie, en pharmacie et aux professions para-médicales.

Récemment encore, tout le monde se plaignait de la baisse du numerus clausus. Depuis l'année 2000, l'augmentation très importante, de 20 %, du nombre d'étudiants suscite des récriminations inverses : il y a trop d'étudiants en P1, on ne sait plus où les mettre ! Certains préconisent le télé-enseignement ou l'enseignement par CD-ROM pour compenser les manques de locaux.

⁴¹ Rapport de l'Académie nationale de médecine 2005

⁴² Observatoire national des professions de santé, présidé par le Professeur Yvon Berland

De l'avis de tous, cette première année constitue un « *énorme gaspillage* ». En 2005, 43 000 étudiants se sont inscrits, des candidats excellents (Bac S en majorité avec mention). La compétition est très grande puisque 6 200 ont été reçus, soient 14,4 %. Les « collés avec de bonnes notes » sont marqués pour longtemps par un tel échec.

Les épreuves ont lieu sur la base d'un programme essentiellement scientifique.

Tout a été envisagé pour sortir de ce système, sélectionner sur dossier, sur entretien, sur examen des notes du bac. Refus clair et net des étudiants. De nouvelles règles sur le redoublement offrirait peut-être un début de solution.

C'est au **PCEM 2** que s'établit le premier contact de l'étudiant avec l'hôpital. Former le plus tôt possible l'étudiant à la relation avec le malade impose une forte implication des personnels, l'étudiant devant être intégré dans l'équipe hospitalière. Il vient à l'hôpital une demi-journée par semaine avec un investissement personnel variable et une prise en charge souvent inadéquate. Le reste de son temps est consacré à l'enseignement théorique.

Le deuxième cycle

Le principe reste le même pour le **DCEM 1** avec des cours et trois demi-journées à l'hôpital. L'enseignement apparaît trop scientifique et insuffisant pour préparer à la relation avec les malades. Il importe d'y réintroduire davantage de sciences humaines.

C'est au cours du **deuxième cycle** que s'opère la formation structurante de l'étudiant au travers de ses stages cliniques. C'est dire que cette période de trois ans doit être l'objet de toutes les attentions de la part des responsables hospitaliers et universitaires.

Les étudiants consacrent cinq demi-journées à l'hôpital.

Les conditions dans lesquelles se déroulent ces stages ont changé : certaines sont liées aux modifications des maladies prises en charge en milieu hospitalo-universitaire, les maladies les plus courantes étant bien souvent traitées dans des structures privées ou des hôpitaux généraux. D'autres proviennent de la réduction actuelle des durées d'hospitalisation par souci d'une meilleure gestion hospitalière. De nouveaux traitements contribuent, eux aussi, au raccourcissement des séjours hospitaliers. L'état de la démographie médicale entraîne une forte diminution du nombre d'internes et de chefs de clinique disponibles pour la formation. La spécialisation croissante et l'attrait considérable des nouvelles techniques d'investigation,

la biologie, l'imagerie..., tendent enfin à réduire l'importance du contact direct patient-médecin.

Pour beaucoup, cet enseignement consiste en un « *gavage de connaissances encyclopédiques* » bien éloignées de la pratique médicale journalière, avec des lacunes dans le domaine de la santé publique et de la prévention, de la coordination entre médecine de ville et médecine hospitalière.

La majorité des interlocuteurs reconnaît toutefois qu'une certaine maîtrise des soins complexes est aussi nécessaire pour les médecins généralistes qui devront savoir à quel moment adresser leurs malades à l'hôpital.

Les stages effectués auprès des médecins généralistes ou spécialistes libéraux complètent utilement cette formation.

Le deuxième cycle est acquis avec 11 modules et 345 items. Cette validation actuellement se fait après l'examen classant national.

Tous nos interlocuteurs ont émis de très vives critiques sur l'**examen classant national (ECN)**, organisé sur sept inter-régions, qui a remplacé l'internat et conditionne l'entrée en 3^{ème} cycle.

Les étudiants ne portent d'attention qu'à la préparation de cet examen qui déterminera le choix d'une spécialité, au détriment de leur présence à l'hôpital, ce qui est très préjudiciable. Les candidats connaissent les résultats avant que la faculté valide, ou non, leur cursus du 2^{ème} cycle. Certains ne font pas le stage d'été obligatoire s'ils pensent redoubler et tenter leur chance une deuxième fois à l'ECN en espérant être mieux placés.

Les candidats étant parfois moins nombreux que les postes à pourvoir, on peut être classé avec une copie blanche. Cet examen de plus n'est pas assez discriminant. Les ex-aequo sont trop nombreux.

En définitive, des postes restent vacants, notamment en médecine générale et cela aura des conséquences dramatiques et durables sur la démographie médicale.

Le caractère national de l'examen accentue la mauvaise répartition des médecins sur le territoire. Cet examen devrait être inter-régional car, à la fin de son internat l'étudiant retourne souvent dans sa région d'origine ou dans celle à laquelle il est attaché.

Le troisième cycle

Il correspond à l'internat désormais pour tous. Pendant trois, quatre ou cinq ans, les internes vont dans la spécialité résultant de leur choix à l'examen classant national (ECN), effectuer des stages dans les lieux qui leur sont proposés. Ils peuvent changer de spécialités au cours des deux premières années du cursus, ce qui ne simplifie pas les choses.

L'affectation des postes d'internes est gérée par les DRASS⁴³. Elle se fait le plus souvent en accord avec les doyens.

L'organisation des terrains de stage repose sur une entente entre les DRASS, les doyens et les coordonnateurs inter-régionaux des spécialités d'exercice, pour une meilleure régulation des spécialités car certaines sont en danger de disparition régionale. Aujourd'hui, il manque d'internes dans les services et, de surcroît, ils ne sont pas bien répartis. Cela durera jusqu'à ce que se produisent les effets du relèvement du numerus clausus. Leur retour en nombre dans les prochaines années devra être mis à profit pour mieux équilibrer les spécialités et les établissements⁴⁴.

Certains établissements ont pris l'initiative intéressante de gérer leurs postes d'internes en inter-régionalité pour offrir à ces derniers de meilleures possibilités de terrain de stages dans certaines disciplines (internes sac à dos).

La fédération de l'hospitalisation privée (FHP) souhaite être impliquée dans l'enseignement pratique. Sa participation se justifie, de son point de vue, par le fait que les établissements privés réalisent aujourd'hui certaines activités de manière majoritaire, telles que la chirurgie Cette facilité pourrait lui être accordée sous réserve de conventions avec le CH&U ou l'université et bien entendu, d'un contrôle et d'une évaluation des terrains de stages et des formateurs.

Une régulation de la formation aux spécialités s'impose⁴⁵. La France est le pays d'Europe qui compte le taux de spécialistes le plus élevé. Une bonne partie d'entre eux font en réalité des soins primaires.

⁴³ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

⁴⁴ Cf. Livre blanc des internes SIHP septembre 2004

⁴⁵ Rapport du professeur Yvon Berland - Avril 2005

Il manque une **évaluation de la formation et de l'enseignement** au cours du diplôme d'études spécialisées (DES) avec épreuves finales qui auraient la valeur d'une véritable certification initiale, telle qu'elle a été mise en œuvre dans de nombreux pays.

Souhaitons pour les années à venir que le rapport de l'IGAS de 2003⁴⁶ ne soit plus valable, qui affirmait : *« au bout du compte, le système de formation produit pour un coût plus élevé que pour les autres formations, des spécialistes dont on n'a pas forcément besoin, qui s'installent dans des régions où ils ne sont pas forcément nécessaires, alors qu'il ne produit pas d'autres spécialistes ou des généralistes dont on a absolument besoin pour s'installer là où ils seraient indispensables ».*

La formation médicale continue

Dans toutes les professions, en raison des rapides évolutions des connaissances et des techniques qui en découlent, la formation continue est une nécessité qui requiert un investissement particulier. **La France tarde à organiser correctement sa formation médicale continue.** Certes, la loi relative à la politique de santé publique en fait une obligation. Mais il n'y a pas à ce jour de texte d'application. On laisse la place à un volontarisme mal défini dont la lisibilité et l'efficacité n'apparaissent pas. Les enjeux financiers sont très importants, des règles éthiques doivent accompagner la démarche.

Il faut une volonté politique forte pour la mettre en place. L'université, les CH&U, même si tout ne doit pas se passer dans leurs locaux, devraient avoir un rôle décisif en ce domaine. En synergie avec la haute autorité de santé (HAS), les UFR de médecine doivent participer au développement de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Des chartes sont actuellement élaborées. Elles sont assez contraignantes, faisant espérer que le système s'épure.

⁴⁶ Rapport IGAS IGAENR Lalande Debeauvais

Les enseignants

Il est normal que dans un CH&U le choix des postes à pourvoir soit effectué en concertation entre le directeur général, le président de la CME et le doyen.

Les candidats **PU-PH** sont, de l'avis de tous, bien formés à l'issue d'un véritable parcours du combattant. Mais faut-il un moule unique très scientifique basé sur l'habilitation à diriger les recherches, sachant que les critères qui la régissent ne sont pas les mêmes partout ?

Le recrutement en moyenne à 42 ans est trop tardif. La sélection des candidats reste du ressort du **comité national des universités** (CNU). S'agissant des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, leur découpage est trop fragmenté (54 sections et sous-sections). Les modalités de fonctionnement, peu enclines à favoriser l'investissement pédagogique, pourront utilement être réformées. Il semble que la nouvelle « agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur » ait la latitude de suggérer cette réforme.

Les professeurs d'université - praticiens hospitaliers, sont avant tout médecins des hôpitaux. Beaucoup d'entre eux exercent avec passion leurs missions. Pourtant un certain désenchantement apparaît en raison de diverses difficultés, notamment de contraintes administratives excessives. Celles-ci constituent pour 31 % des jeunes collaborateurs actuels des PU-PH le motif essentiel pour ne pas s'engager plus avant dans une carrière hospitalo-universitaire. L'augmentation des responsabilités sans contre-parties contribue également au malaise. Il faut aussi entendre certains griefs qui se font jour : des enseignants n'assurent pas, peu ou mal leur charge ; des délégations excessives d'enseignement sont confiées à des praticiens mono-appartenants ; des disciplines médicales sont négligées et donc en danger.

Certaines vacances de postes, voire démissions, inquiètent, même si leur nombre s'avère beaucoup plus faible que la rumeur tend à le dire. Dans les régions déjà déficitaires, la menace est réelle.

Pour une majorité de PU-PH, les **rémunérations offertes par le secteur public** ne sont plus jugées attractives par rapport à celles auxquelles ils pourraient prétendre dans le privé. Cette perte n'est plus compensée par la satisfaction et la renommée qui jusqu'alors était attachée à

la fonction universitaire. Le maintien de l'activité libérale au CH&U représente pour eux une soupape nécessaire. Elle est souhaitée par 62 % des médecins, les chirurgiens étant les plus motivés par cette activité. Si cette activité libérale a, en effet, l'indiscutable avantage d'attirer vers l'hôpital des patients qui, sinon, s'en détourneraient, elle est aussi une incitation à rester dans le service public pour de très bons médecins. Ils estiment que le statut de PH est aujourd'hui plus favorable, d'autant qu'il a bénéficié de substantielles améliorations pécuniaires ces dernières années ainsi que de conséquents aménagements du temps de travail.

La majorité des PU-PH vit mal **l'absence de retraite hospitalière** alors qu'ils consacrent à l'hôpital une grande partie de leur temps d'activité et le meilleur d'eux-mêmes.

Dans les CH&U, les **praticiens hospitaliers** non universitaires participent très largement à l'enseignement. Il serait normal que leur implication soit reconnue en tant que telle et soit rétribuée.

La mission de recherche clinique

La recherche biomédicale et en santé implique recherche fondamentale et recherche appliquée. La première, de portée générale et conceptuelle, ne réclame pas nécessairement la proximité de l'environnement hospitalier. La seconde, tout au contraire, tire le plus grand bénéfice de son intégration dans l'hôpital. Elle est aussi un terrain de collaborations entre le monde de la recherche et celui de l'industrie. Il est fondamental de lui donner la place qui lui revient afin de préserver l'équilibre des trois missions du CH&U.

D'indéniables atouts

La qualité de la recherche clinique commence à être unanimement reconnue et devient un enjeu qui suscite beaucoup de convoitises. Elle est la source principale de l'innovation thérapeutique, aussi est-elle totalement indissociable des activités de soins et d'enseignement. Elle a connu à partir des années 90 un développement important dans les CH&U. Ces derniers tiennent une bonne place en ce domaine (56 % des publications médicales), mais de moins en moins de médecins participent aux équipes de recherche INSERM ou CNRS.

La situation des CH&U dans la recherche clinique est très **diverse**. A l'exception de quelques uns qui bénéficient de l'effet de leur taille, tels Paris, Lyon, Marseille, la place des établissements dans la recherche dépend d'abord de leur environnement : tissu scientifique et industriel, politique des collectivités locales. Pour les autres, les CH&U qui émergent du lot sont ceux qui se sont développés sur des « niches », comme Grenoble, Montpellier.

Les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) ont donné un élan à la recherche à l'hôpital en apportant un financement qui lui est directement destiné. Une nouvelle dynamique est née avec la création, dans chaque région, des délégations à la recherche clinique (DRC). La création de nouveaux métiers (assistants de recherche clinique (ARC), techniciens d'études cliniques (TEC) a permis de renforcer la méthodologie et a favorisé la mise en œuvre d'essais multi-centriques.

De nouvelles garanties à l'inclusion de nouveaux patients ont été données par l'adoption de procédures précises et de règles de consentement rigoureuses découlant des **lois relatives à la bioéthique et à la politique de santé publique**.

Une ouverture nécessaire au monde scientifique, universitaire et industriel

La recherche clinique nécessite des leaders dirigeant des équipes multi-disciplinaires. Elle s'inscrit dans un contexte très concurrentiel.

Les équipes des CH&U sont très attachées à la renommée et au prestige que leur confère le fait d'abriter des **unités des établissements publics à caractère scientifique et technologique** (EPST), INSERM, CNRS, CEA Elles s'inquiètent néanmoins aujourd'hui des directives nationales de ces établissements qui prônent un « *élitisme territorial* » aboutissant à concentrer les équipes sur un nombre de sites plus restreint. Assurant une part importante de la logistique et du financement, elles revendiquent d'être davantage associées aux décisions et aux choix politiques les concernant.

Il existe aussi une attente concernant la mise en place du **comité de coordination de la recherche en matière biomédicale et de santé publique** (CCRBS) dont la mission première est d'assurer la coordination et l'harmonisation des politiques de recherche du CH&U :

- dans le volet recherche du projet d'établissement du CH&U et des établissements associés au CH&U,
- dans le volet recherche et innovation du contrat quadriennal de l'université.

Les conférences des CH&U ont aussi entrepris d'améliorer leur coordination nationale en matière de recherche clinique⁴⁷ pour mieux faire valoir leur point de vue auprès des EPST.

La recherche clinique doit quitter le cadre trop limité des soins aux malades pour **s'ouvrir davantage au monde de l'université** qui est la seule institution reconnue internationalement et qui permet aussi de rassembler des approches transversales, indispensables en certains domaines. Les cancérpôles, les pôles de compétitivité des sciences de la vie ou de nutrition-santé nécessitent, en effet, de réunir des scientifiques des sciences fondamentales, de la médecine, mais aussi de l'agriculture ou des sciences humaines.

⁴⁷ Comité national de coordination de la recherche (CNCR)

Les leçons tirées des récents appels à projet dans les « **pôles de compétitivité** », indiquent que le CH&U reste mal identifié par les décideurs régionaux quant à son potentiel de recherche, alors qu'il est le plus souvent l'employeur régional le plus important. Ce constat est pire encore, à l'exception de quelques régions, pour le monde de l'entreprise qui le méconnaît ou ne sait comment l'aborder.

La baisse importante des contrats passés ces dernières années avec l'industrie du médicament dans des essais de phase 1 et phase 2 reflète la menace grandissante des pays à moindres coûts de main d'œuvre comme la Chine l'Inde et les pays de l'Est.

Une évaluation et une valorisation indispensables

Un point faible de notre recherche clinique réside notamment dans une **évaluation insuffisante**. Outre la complexité des dossiers d'appels d'offre, unanimement jugée excessive et trop coûteuse, est dénoncée la carence de jugement a posteriori propice à une meilleure sélection des équipes et à une définition claire de l'orientation des investigations à mener.

Trop d'études sont abandonnées en route faute de malades suffisants ou parce que les premiers résultats sont faiblement encourageants. Trop de travaux sont mal répertoriés, sans claire identification de l'établissement et de l'université.

A la course aux chiffres doit se substituer une approche méthodologique plus rigoureuse et un réel effort bibliométrique. Il convient que les outils d'évaluation ne soient pas utilisés uniquement dans une démarche gestionnaire.

Dans certaines régions, des outils de bibliométrie élaborés (SIGAPS⁴⁸) ont amené un meilleur classement des travaux et un accompagnement plus efficace des équipes.

Il est par conséquent important que les techniciens de haut niveau, qui représentent environ 1000 personnes dans les CH&U et qui sont maintenant en place depuis dix ans, arrivent à intégrer correctement la fonction publique hospitalière. Actuellement l'industrie pharmaceutique les recrute une fois qu'ils ont été bien formés à l'hôpital.

⁴⁸ Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques

La valorisation de la recherche est un sujet d'actualité dans le contexte de restriction budgétaire dans lequel évolue la majorité des CH&U. Dans tous les pays se pose le problème de son financement.

Comment et où trouver les sommes qui permettent de maintenir l'effort d'innovation ?

En interne, les **crédits MERRI** sont faits pour cela. Le classement des CH&U en trois groupes : forts chercheurs, intermédiaires, émergents, avec un taux de financement de 13,5 %, 12 % ou 10,5 %, a déjà des effets perceptibles sur les budgets de nombreux établissements.

Avec la mise en œuvre de la **LOLF**⁴⁹ il conviendrait d'imaginer des modes de financement qui rémunèrent les projets de recherche, sous réserve de leur correcte évaluation, plutôt que les structures elles-mêmes. La situation intermédiaire actuelle constitue un frein à l'engagement stratégique des établissements.

Convoitée à l'extérieur, la recherche devient à l'intérieur des établissements un objet de fierté et de promotion. Les directeurs généraux des CH&U s'y intéressent de plus en plus. Il serait souhaitable que les crédits qui lui sont affectés restent clairement identifiés et ne soient pas amputés sous prétexte de contraintes budgétaires de plus en plus importantes.

Dans nombre de CH&U, des personnels médicaux, à titre individuel, créent des associations à but scientifique et médical et font déjà largement appel à des **financements extérieurs**. Il leur revient de multiplier les partenariats industriels avec contrats et dépôt de brevets. De façon générale, ils doivent se montrer vigilants en matière de propriété intellectuelle et d'exploitation des brevets issus de leurs structures de recherche mais aussi dans l'établissement des contrats avec les industries. D'importantes sommes d'argent sont en jeu. Les outils juridiques et financiers dont ils disposent constituent encore une entrave à la souplesse et à la réactivité requises.

Regrouper les équipes

Dans la compétition internationale la plus-value de la recherche clinique française réside dans la qualité des cohortes de malades bien explorés et dont on peut suivre l'histoire clinique. Il faut, et certains s'y sont déjà engagés, **regrouper** le plus possible nos équipes de recherche. Le CH&U ne peut prétendre à faire de la recherche s'il ne s'appuie pas sur de grands plateaux

⁴⁹ Loi organique relative aux lois de finances

scientifiques et techniques. Les acteurs économiques et industriels qui peuvent accompagner la recherche réclament de tels regroupements, sur l'exemple des cancéropôles.

La recherche clinique reste **peu lisible parce que trop dispersée** au sein des services et se résumant souvent à des projets émanant d'individualités marquées. Paris, Lyon et Marseille représentent 50 % des projets. Les hôpitaux généraux et les établissements privés peinent à s'introduire dans le dispositif alors même qu'ils pourraient contribuer à augmenter les cohortes de malades à inclure. Pour eux, la solution consiste en une pratique en réseaux. Il revient aux CH&U de les animer.

Dans certaines régions, et sous l'impulsion de la délégation à la recherche clinique (DRC), et en s'aidant de la richesse des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC), des CH&U ont développé une recherche clinique plus regroupée et mieux intégrée, associant centre d'investigations clinique (CIC), centre d'investigations biologique (CIB), centre d'investigations technologique (CIT) et EPST. Associés dans de véritables **pôles de recherche clinique** ils sont articulés en guichet avec les pôles d'activité cliniques et les partenaires privés.

Les personnalités entendues sont unanimement favorables à la concentration des efforts de recherche sur un nombre limité d'équipes réunissant des masses critiques plus importantes et des compétences élargies.

A l'exception de quelques structures importantes, la dimension inter-régionale devient, pour une majorité, une donnée fondamentale. Très médiatisée ces temps derniers, elle reste encore bien limitée dans les faits.

La mise en place des **délégations inter-régionales à la recherche clinique** (DIRC) confie pour partie aux ARH la responsabilité d'un tel agencement. Elle devra s'accompagner de garanties rigoureuses. Mais les ARH n'ont pas été créées dans cette perspective. Le pilotage de l'inter-régionalité requiert une réelle volonté stratégique pour ne pas se borner à une simple ventilation de crédits à des équipes travaillant insuffisamment en commun. Les PU-PH et les équipes de recherche doivent garder la maîtrise de l'établissement des programmes.

Les cancéropôles, à titre d'exemple, ont construit leurs partenariats scientifiques et industriels sur des projets avant de sceller leurs organisations. Surtout ils s'appuient sur des centres de recherche importants comprenant des unités labellisés.

Propositions

Proposition N°1 : reconnaître la spécificité des CH&U

- Inscrire dans les textes les caractéristiques des missions spécifiques des CH&U ;
- Veiller à la prise en compte de cette spécificité dans la mise en œuvre du SROS 3 (autorisations, objectifs quantifiés, CPOM⁵⁰) et dans l'élaboration des futurs schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS)

Proposition N°2 : mettre en œuvre le Haut comité hospitalo-universitaire, créé par la loi de 1991

Le **Haut comité hospitalo-universitaire**, créé par la loi de 1991, n'a jamais fonctionné. Il convient de le réactiver et d'en redéfinir le statut, la composition et les missions.

Son statut devrait être celui d'une haute autorité à caractère interministériel. Sa composition doit assurer indépendance et représentation de chacune des missions de soin, d'enseignement et de recherche, sans que cette représentation soit exclusivement assurée par les professionnels du soin, de l'enseignement ou de la recherche.

Proposition N°3 : clarifier les relations entre l'hôpital et l'université

L'imprécision des textes est aujourd'hui facteur de tensions inutiles entre des acteurs qui doivent collaborer sur des projets communs.

Il faut favoriser les synergies et définir les rôles respectifs des directeurs généraux, des doyens et des présidents d'université.

⁵⁰ Contrat pluri-annuel d'objectif et de moyen

Proposition N°4 : renforcer la convergence des objectifs hospitalo-universitaires

- Demander la réciprocité d'un volet santé dans les contrats quadriennaux des universités comprenant des UFR médicales (médecine, odontologie, pharmacie, professions paramédicales) et d'un volet enseignement et recherche dans le projet d'établissement du CH&U ;
- Harmoniser les périodes de validité de ces deux documents stratégiques ;
- Mener une prospective hospitalo-universitaire pour disposer des enseignants nécessaires à la permanence des disciplines au besoin dans un cadre inter-régional ;
- Favoriser des contrats avec les autres établissements de l'inter-région pour garantir une offre de stages d'internes diversifiée (internes sac à dos) ;
- Veiller à ce que les questions d'enseignement et de recherche soient débattues dans les conseils exécutifs ;
- Éviter dans les conventions les logiques uniquement patrimoniales.

Proposition N°5 : mettre en place l'École des hautes études de santé publique

La loi de santé publique d'août 2004 prévoit la création d'un établissement d'enseignement supérieur, l'École des hautes études de la santé publique (EHESP), au sein duquel l'Ecole de santé publique actuelle trouvera toute sa place. Cette disposition doit se mettre en œuvre rapidement pour assurer aux cadres dirigeants de santé un enseignement plus diversifié et mieux adapté aux responsabilités qu'ils sont appelés à exercer.

Proposition N°6 : renforcer le rayonnement régional des CH&U

- Inscrire les activités de recours et de référence des CH&U dans les SROS, les projets d'établissements et les futurs contrats d'objectifs et de moyens et s'assurer de leur mise en œuvre ;
- Accroître l'expertise à distance grâce à la télé-médecine ;
- Développer les mises à disposition de compétences médicales dans les établissements de la région respectant une organisation graduée des prises en charge ;
- Favoriser la diffusion des bonnes pratiques médicales et des nouveaux protocoles, notamment dans le cadre des réseaux de santé et de l'enseignement post-universitaire.

Proposition N°7 : impliquer les CH&U dans les groupements de coopération sanitaire (GCS)

Les groupements de coopération ont été construits pour faciliter les échanges et permettre les partenariats entre établissements publics de santé, établissements privés PSPH⁵¹ et médecins de ville. Les CH&U, très impliqués dans des coopérations multiples, ont besoin de la souplesse conférée par ces nouveaux dispositifs.

Proposition N°8 : développer l'inter-régionalité entre les CH&U

Proposer, sous l'égide commune des ARH et des CH&U, une organisation inter-régionale des soins, notamment dans le cadre des futurs SIOS⁵², pour les activités sur lesquelles pèse une menace de déclin due à la situation de la démographie médicale.

⁵¹ Établissement participant au service public hospitalier

⁵² Schéma Inter-régional d'Organisation des Soins

Proposition N°9 : équilibrer les activités de soins

- En redéfinissant l'offre de soins de médecine de proximité entre établissements sur le bassin de santé et en déterminant leurs obligations respectives ;
- En garantissant l'offre de recours et de référence correspondant aux besoins de la population
- En développant des circuits de prise en charge adaptés à l'état particulier de certaines populations (personnes âgées, populations précaires) ;
- En déclinant cette politique lors de la fixation des objectifs quantifiés des différents établissements.

Proposition N° 10 : revoir les modalités de l'examen classant national (ECN)

L'examen classant national ne remplit pas correctement les objectifs qui étaient attendus et contribue insuffisamment à la régulation quantitative et qualitative de la démographie médicale.

Il conviendrait d'en faire un examen inter-régional et de limiter les possibilités de redoublement en fin de 2^{ème} cycle des études médicales

Proposition N° 11 : faire bénéficier les PU-PH d'une retraite hospitalière.

Les PU-PH qui entrent de plus en plus tard dans la carrière acceptent mal que le temps hospitalier rémunéré n'ouvre pas droit à versement d'une retraite. Cela constitue une des causes de la non-attractivité de la carrière.

Proposition N° 12 : regrouper la recherche clinique

- Fédérer les compétences, les moyens et les différentes structures (DRC, CIC, CIB...), en identifiant éventuellement des pôles de recherche clinique ;
- Ne labelliser que des centres présentant des masses critiques suffisantes de moyens et de compétences et en lien avec les laboratoires de recherche universitaires;
- Concentrer les efforts de recherche clinique sur des espaces inter-régionaux ;
- Affirmer le rôle des nouvelles délégations inter-régionales à la recherche clinique (DIRC).

Proposition N°13 : évaluer la recherche clinique

- Renforcer la qualité méthodologique des études, en regroupant les équipes, au besoin dans l'inter-région ;
- Généraliser les outils de mesure d'efficacité et de notoriété – par exemple la bibliométrie élaborée par le SIGAPS⁵³.

Proposition N°14 : valoriser la recherche clinique

- Établir des relations élargies avec l'université pour bénéficier de la multi-disciplinarité nécessaire pour accéder aux pôles de compétitivité ;
- Développer des montages juridiques et financiers permettant des partenariats avec l'entreprise et la négociation de brevets.

Proposition N° 15 : améliorer la situation des non-universitaires qui participent aux missions d'enseignement et de recherche

- Rémunérer les praticiens hospitaliers mono-appartenants des CH&U pour leurs temps d'enseignement et de recherche ;
- Adapter les statuts de la fonction publique hospitalière à l'évolution des métiers concourant à la recherche clinique (ARC et TEC ...).

Proposition N°16 : mieux financer les activités spécifiques

- Rémunérer les activités de recours à leur juste coût et créer des centres de référence labellisés pour de nouvelles pathologies ;
- Prendre en compte financièrement les activités induites par le rôle de tête de réseau de santé, de formation et de recherche ;
- Mieux rémunérer les surcoûts résultant des activités de formation des étudiants et des internes.

⁵³ Outil de bibliométrie développé par le CH&U de Lille et en fonctionnement dans le G4

Conclusion

En 1958, une volonté politique forte, inspirée par Robert Debré, impose par l'ordonnance du 30 décembre l'union de l'hôpital et de l'université, donnant naissance aux centres hospitaliers et universitaires (CH&U). Trois missions complémentaires et indissociables, de soin, d'enseignement et de recherche sont alors assignées à des professionnels de santé. La médecine française a atteint un niveau d'excellence spectaculaire, reconnu et envié dans les années qui ont suivi.

De 1958 à nos jours, bien des évolutions ont eu lieu. Pour faire face à l'accroissement et aux exigences du soin, les activités hospitalières ont requis la création de structures nouvelles, hautement techniques, et le recrutement de personnels à statuts variés. Des universités hétérogènes se sont multipliées en 1968. Des organismes de recherche, en particulier l'INSERM, ont été créés ou se sont développés. Le changement des mentalités, la nouvelle organisation du travail, le contexte économique avec des restrictions budgétaires ont entraîné des modifications profondes au sein même des CH&U, comme dans leur environnement.

Les CH&U jouent un rôle essentiel dans la politique de santé de la Nation. Ils représentent un tiers des activités hospitalières. Surtout par la mission de formation des professionnels de santé, par la recherche clinique qu'ils assurent, source d'innovation et du progrès médical, ils demeurent les garants de la qualité des soins dans notre pays.

Pourtant, des insuffisances se sont révélées. Il apparaît notamment que l'union entre l'hôpital et l'université n'est pas réellement scellée. En témoignent le caractère superficiel des conventions, l'absence fréquente de concertation dans le cadre de la politique contractuelle, le déficit d'évaluation des structures et des personnes.

La spécificité des CH&U, qui conserve toute sa valeur conceptuelle, se trouve menacée. Faute d'être suffisamment identifiée et rappelée aux établissements et structures concernés, son appréhension est faussée. Il en résulte un amalgame avec les autres établissements de santé, l'ambiguïté des trois missions, la confusion des activités de soin, de proximité, de recours et de référence. La mise en œuvre de moyens mal adaptés aux attentes des CH&U devient source de contraintes nouvelles, d'incompréhension et d'exaspération. Les fonctions de professeur d'université et de praticien hospitalier des CH&U se dévalorisent et de jeunes médecins, se détournent de la carrière.

Des atouts subsistent. Par leur engagement, leur dévouement et leur passion, de nombreux personnels de tous niveaux, dans les secteurs du soin, de l'enseignement et de la recherche, demeurent très attachés à leur mission de service public au bénéfice de la santé de la population française. Le dispositif législatif et réglementaire inscrit dans les codes de la santé publique, de l'éducation et de la recherche, comme les réformes en cours, constituent un cadre approprié et offrent les outils de la renaissance des CH&U.

Sans la volonté de conserver ce modèle, les CH&U se banaliseront. Isolés, ils perdront l'apanage de la recherche clinique, objet de convoitises, et de l'enseignement, qui sont les garants du progrès médical et de la qualité des soins. Le recours et la référence qui nécessitent des compétences et des technologies sophistiquées s'étioleront.

La qualité de la médecine française requiert que soit réaffirmée officiellement la spécificité des CH&U. Seul un pilotage national et interministériel assurera la convergence de leurs objectifs hospitaliers et universitaires et pourra contrôler sa mise en œuvre dans nos régions. Il aura vocation à définir les objectifs à atteindre dans un contexte de vieillissement de la population et à veiller à une attribution pertinente de moyens pour leur réalisation, en dépit des contraintes budgétaires actuelles. Il lui reviendra de prévoir l'évaluation des projets, des structures et des personnels pour garantir la qualité des soins.

Aujourd'hui, comme en 1958, il faut une volonté politique forte pour consolider l'excellent modèle des CH&U dans le cadre des réformes en cours.