

Rapport

LE CHU DE DEMAIN

SYMBIOSE, CRÉATIVITÉ ET EXCELLENCE

DÉCEMBRE 2018

- La Conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires
- La Conférence des présidents d'université
- La Conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers universitaires
- La Conférence des doyens des facultés de médecine
- La Conférence des doyens des facultés d'odontologie
- La Conférence des doyens des facultés de pharmacie

Les auteurs souhaitent dédier ce rapport au Pr Michel Claudon, président honoraire de la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers universitaires (CHU), qui nous a quittés pendant la rédaction de ce document, pleinement impliqué dans la mission sur le CHU de demain. Tous saluent son investissement sans faille et son engagement au service de notre modèle hospitalo-universitaire.

« Vous savez, je ne ferais que répéter ce que vous avez déjà dit cent et cent fois, mais permettez-moi tout de même de le répéter pour le plaisir de le dire. Je vois des architectes, je suis convoqué par des architectes, ils vont me demander : « Comment voyez-vous l'hôpital de demain ? », et ils vont s'attendre à ce que je leur propose quelques dispositions nouvelles pour la radiologie, voire même la salle d'opération. Or, l'hôpital de demain doit être tout autre chose que l'hôpital d'aujourd'hui. Et viendra bientôt le jour où l'on regrettera ces grandes bâtisses de pierre dont on ne saura plus très bien l'emploi, comme on regrette déjà les sanatoriums de nos montagnes. L'hôpital de demain doit être le centre de la santé, avec une pénétration beaucoup plus importante de sujets qui ne sont pas hospitalisés que de sujets hospitalisés. Mieux encore, dans l'urbanisme de demain, il doit y avoir un quartier de la santé, comme il y a un quartier des affaires et un quartier des résidences.

Cet hôpital, centre de la santé, doit en effet recevoir tous les habitants de la ville au cours de leur existence et à maintes reprises. Ce n'est donc plus du tout un endroit où l'on se rend quand on a besoin de soins importants, mais l'endroit où tout le monde doit aller au cours de son existence. »

Robert Debré*

*Discours prononcé à Rennes en 1973, cité dans les *Extraits des Actes du colloque de Caen* du 9 et 10 décembre 1996, « La Réforme Debré, un tiers de siècles après », Disponible sur <https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/debre.pdf> (consulté le 25 juillet 2018).

Dans le contexte de l'anniversaire des soixante ans des ordonnances fondatrices du modèle des CHU, la ministre des Solidarités et de la Santé, Madame Agnès Buzyn, et la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Madame Frédérique Vidal, ont fixé pour mission aux six Conférences du monde hospitalo-universitaire: les présidents de commissions médicales d'établissement, les doyens de médecine, pharmacie et odontologie, les directeurs généraux et les présidents d'université, de rédiger un rapport sur «le CHU de demain».

La lettre de mission adressée le 10 novembre 2017 rappelle que *«l'ordonnance du 30 décembre 1958 a créé les centres hospitaliers universitaires en instaurant l'association par convention des centres hospitaliers publics et, à l'époque, des facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et pharmacie ou écoles nationales de médecine, qui conservaient leur personnalité juridique respective. [...] Les ordonnances de 1958 [...] ont été le point de départ d'une de nos spécificités et d'un de nos marqueurs, reconnus au niveau international. Les CHU sont passés de 24 au début des années 1960 à une trentaine aujourd'hui et incarnent l'excellence collective [...]. Notre pays s'est ainsi doté d'un outil d'excellence et d'innovation reconnu comme tel en France et à l'étranger. Nous pouvons en être fiers.»*

Néanmoins, la lettre de mission souligne le fait que *«les évolutions médicales, scientifiques, organisationnelles, technologiques, numériques, financières, sociétales, en matière de prise en charge constituent autant de défis et d'opportunités pour faire évoluer le modèle et le positionnement du CHU dans ses trois dimensions soins-enseignement-recherche»*. Par conséquent, les ministres attendent des six Conférences du monde hospitalo-universitaire de *«proposer les évolutions permettant de répondre dans le cadre de la stratégie nationale de santé avec l'ensemble des autres acteurs de l'offre de soins aux enjeux de l'organisation territoriale»*. Par ailleurs, la mission porte sur les évolutions *«favorisant la recherche et l'innovation en santé pour que notre modèle français conserve sa reconnaissance internationale»*. La pluridisciplinarité et la formation des professionnels en santé sont aussi visées par les évolutions à proposer du modèle CHU.

L'objet de la mission réunissant les six Conférences consiste, en réponse aux enjeux actuels et futurs identifiés et à la commande ministérielle, à proposer des pistes pour consolider les ordonnances de 1958 et redonner un statut spécifique aux centres hospitalo-universitaires (CHU), dans une gouvernance renouvelée avec les universités. Elle s'est attachée à décrire la place, le rôle et le poids des 30 CHU dans la recherche médicale, dans l'innovation et plus largement dans la société française depuis 1958. Les enjeux multiples et variés auxquels sont confrontés les CHU et rappelés par les ministres ont fait l'objet de groupes de

travail thématiques, dont la composition est précisée dans l'Annexe 3. Ils ont couvert les champs suivants : territoires, formations, recherche, innovation et valorisation, soins et stratégie nationale de santé, gouvernance, ressources humaines, attractivité et financements. Une étude collective au sein d'un comité de pilotage (dont la composition est également précisée dans l'Annexe 2) a permis de réaliser une synthèse de ces travaux au regard du nouvel environnement actuel et futur des CHU – notamment celui porté actuellement par le Gouvernement dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ». Le Copil s'est réuni 14 fois dans différentes compositions, dont une session de deux jours élargie associant l'ensemble des conférences et des groupes les 22 et 23 avril 2018. Des auditions ont permis d'éclairer certains aspects et des contributions écrites sont venues enrichir les approches. Une journée internationale associant quatre pays européens a été organisée le 5 octobre et a permis des comparaisons avec d'autres modèles. Ce travail collaboratif a permis de dégager un ensemble de propositions autour de cinq axes, pilotés par chacun des groupes thématiques pour bâtir le modèle du CHU de demain et présentés dans le présent rapport.

Ce mode d'élaboration n'a pas permis une unité de rédaction du rapport, qui priorise l'expression de chacun des groupes. Par ailleurs, les auteurs souhaitent signaler que tout au long du document, les termes « médical » ou « corps médical » renvoient indifféremment aux trois champs des unités de formation et de recherche (UFR) : la médecine, la pharmacie et l'odontologie.

Nos remerciements à

Harold Astre
Directeur, chargé de mission
auprès du président de la
Conférence des directeurs
généraux de centres hospitaliers
universitaires

Emmanuelle Defever
Directrice de cabinet
de la Conférence des présidents
de commission médicale
d'établissement des centres
hospitaliers universitaires

Kevin Neuville
Conseiller auprès
de la Conférence
des présidents d'université

*Le président de la Conférence
des directeurs généraux de CHU*



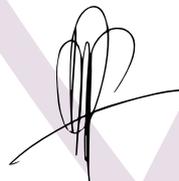
Jean-Pierre DEWITTE

*Le président honoraire
de la Conférence
des présidents de CME de CHU*



Michel CLAUDON

*Le président de la Conférence
des présidents de CME de CHU*



François-René PRUVOT

*Le président
de la Conférence des doyens
des facultés de médecine*



Jean SIBILIA

*Le président
de la Conférence des doyens
des facultés de pharmacie*



Bernard MULLER

*La présidente de la Conférence
des doyens des facultés
d'odontologie*



Corinne TADDEI-GROSS

*Le président de la Conférence
des présidents d'université*



Gilles ROUSSEL

LE CHU DE DEMAIN
SYMBIOSE, CRÉATIVITÉ ET EXCELLENCE

3	AVANT-PROPOS
6	SYNTHÈSE : LES 5 PROPOSITIONS CLÉS POUR FAIRE ÉVOLUER LE MODÈLE DES CHU
10	INTRODUCTION
5	CINQ GRANDS AXES TRANSVERSAUX
12	Axe I - Transformer la synergie entre CHU et université
12	1.1. Contexte
16	1.2. Enjeux
16	1.3. Propositions
17	1.4. Clés de réussite
18	Axe II - CHU et université, co-animateurs de la santé dans les territoires
18	2.1. Contexte
19	2.2. Enjeux
20	2.3. Propositions
25	2.4. Clés de réussite
26	Axe III - Réaffirmer la place des acteurs de santé et le sens de leur métier
26	3.1. Contexte
27	3.2. Constats et enjeux
32	3.3. Propositions
36	Axe IV - CHU et université : copilotes de la transformation des études de santé
36	4.1. Contexte
36	4.2. Enjeux
39	4.3. Propositions
44	4.4. Clés de réussite
45	Axe V - CHU et université, moteurs et accélérateurs de la recherche biomédicale mondiale et de l'innovation
45	5.1. Contexte
46	5.2. Enjeux
48	5.3. Propositions
51	Conclusion

Synthèse

CINQ AXES POUR TRANSFORMER LES CHU

Nous dressons le constat de la nécessité d'affirmer les spécificités des centres hospitalo-universitaires. À l'heure où l'université française évolue en profondeur et où la recherche et les progrès en santé ne peuvent se concevoir que dans un cadre pluridisciplinaire avec une contribution indispensable des sciences non médicales, particulièrement des humanités, nous proposons d'établir un lien renforcé entre centres hospitaliers-universitaires et Universités en conférant un nouveau statut juridique spécifique aux CHU

Le CHU est l'hybridation entre université et CHR. La présence de chercheurs et d'enseignants-chercheurs, les apports de l'ensemble des disciplines universitaires à l'amélioration de notre système de santé (sciences humaines, sociales, sciences et techniques des activités physiques et sportives, ingénierie, mathématiques, intelligence artificielle, etc.) sont des éléments fondateurs de la spécificité des CHU :

- lieux de l'innovation dans le domaine du soin, garantissant aux patients un accès précoce aux innovations diagnostiques et thérapeutiques en amont de leur généralisation, et expérimentant les nouveaux parcours de soins;
- acteurs de la mise en œuvre d'innovations en matière de formation : nouveaux modes d'enseignement (simulation) et nouveaux métiers. Promoteurs de recherche en santé et de développement des interventions diagnostiques et thérapeutiques de demain, en particulier dans le cadre de partenariats nouveaux avec le monde industriel qu'il s'agisse des industriels du secteur de la santé ou d'autres secteurs notamment du numérique.

Le CHU, parce qu'il est universitaire, participe aux missions d'enseignement et de recherche. Pour autant, il est insuffisamment reconnu par le ministère de

l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, probablement parce que les liens université/CHU ne sont pas suffisamment affirmés. Si nous reconnaissons la qualité des travaux effectués conjointement par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation sur la formation en prenant l'exemple récent de la réforme du troisième cycle des études médicales, l'ensemble des thématiques qui fondent la spécificité des liens université/CHU devraient plus systématiquement être abordées de concert. Aussi proposons-nous d'étudier les meilleures modalités juridiques permettant de renforcer le dialogue légitime des deux ministères sur les CHU.

Enfin, nous avons établi le constat partagé de la dilution des responsabilités sur le territoire tant en ce qui concerne l'offre de soins que celle de la formation ou de l'organisation de la recherche biomédicale. Nous proposons de reconnaître au CHU et à l'université une responsabilité territoriale associant la coordination axiale d'action de son corps de missions : organisation de la gradation des soins et de la permanence des soins ; formation des futurs professionnels de santé et maintien des compétences ; organisation graduée de la recherche clinique biomédicale. Le tout devra s'appuyer sur les GHT, les ESPT et les professionnels libéraux, les acteurs économiques et impliquer les patients. Nous proposons d'ajouter une mission territoriale de « prévention et de promotion de la santé » aux trois missions actuelles des CHU.

Nos propositions sont une synthèse des réflexions et recommandations des six Conférences. Elles se déclinent en cinq axes.

AXE I

Transformer la synergie entre CHU et université

PROPOSITION 1

Créer une nouvelle forme d'association entre CHU et université et le cadre juridique et opérationnel de cette synergie

- 1.1** S'appuyer sur une représentation croisée dans la gouvernance des CHU et des universités afin d'en renforcer la cohérence.
- 1.2** Pour décliner au sein des CHU les décisions conjointes entre le directeur général et le président de l'université, mettre en place des décisions conjointes entre le directeur général, le président de la CME et les doyens de santé, dans les domaines d'actions partagés, tout en respectant le principe d'une direction générale unique du CHU.
- 1.3** Instaurer une Conférence nationale des CHU, présidée par les deux ministres (chargé des Solidarités et de la Santé et chargé de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation), associant les six Conférences et les EPST afin de renforcer la stratégie nationale des CHU.

AXE II

CHU et université, co-animateurs de la santé dans les territoires

PROPOSITION 2

Instaurer une responsabilité territoriale conjointe du CHU et de l'université

- 2.1** Mettre en œuvre des stratégies territoriales en matière de prévention, de soins, de formation, de recherche et d'innovation assurées par le directeur général, le président de la CME et les doyens de santé dans le cadre d'une coopération avec les autres acteurs du territoire.
- 2.2** Introduire une échelle de la gradation des parcours de santé des patients prenant en compte la proximité, les différents niveaux de recours et la complexité des pathologies prises en charge par les CHU.
- 2.3** Développer la territorialisation des équipes médicales et permettre aux CHU et aux universités de labelliser des équipes médicales territoriales, des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé.
- 2.4** Structurer des réseaux de CHU afin de répondre aux enjeux de prévention, de soins, d'enseignement et de recherche.

AXE III

Réaffirmer la place des acteurs de santé et le sens de leur métier

PROPOSITION 3

Rénover l'exercice et les carrières en CHU en réaffirmant leurs spécificités

- 3.1** Consolider une politique commune en matière de gestion des ressources humaines hospitalo-universitaires entre le CHU et l'université et mettre en place un système conjoint de planification pluriannuelle et de suivi portant sur les modalités d'exercice des différentes missions.
- 3.2** Repenser les métiers à l'hôpital et dans les formations en santé, tant pour le corps médical que paramédical, par de nouveaux référentiels métiers, une réflexion conjointe CHU/université et des programmes de formation adaptés, utilisant les outils du numérique.
- 3.3** Créer une modularité d'exercice au long de la trajectoire professionnelle et assurant la prévention des risques psychosociaux.
- 3.4** Améliorer la qualité du management par la formation, le processus de recrutement et l'évaluation.

AXE IV

CHU et université,
copilotes de la transformation
des études de santé

PROPOSITION 4

**Instaurer une responsabilité partagée
de la nouvelle gouvernance CHU/université
en matière de politique territoriale
de formation en santé**

- 4.1** Inciter les sites à formaliser les modalités de discussion.
- 4.2** Identifier et faciliter l'émergence de nouveaux métiers ainsi que de nouveaux exercices qui généreront de nouvelles formations professionnalisantes.
- 4.3** Expérimenter de nouvelles pratiques à l'aide d'outils nouveaux (numérique notamment) mis à disposition dans une transformation de l'offre de formation tout au long de la vie.
- 4.4** Expérimenter, mettre en œuvre et évaluer les nouveaux outils numériques (plateforme, simulation, intelligence artificielle) pour transformer la formation en santé tant médicale que paramédicale.
- 4.5** Favoriser une formation précoce à la recherche, à l'innovation et à l'entrepreneuriat.
- 4.6** Faire du CHU de demain l'emblème de la médecine française pour promouvoir la formation médicale à l'international par une offre diplômante et favoriser la mobilité des étudiants en santé.

AXE V

CHU et université :
moteurs et accélérateurs
de la recherche biomédicale
mondiale et de l'innovation

PROPOSITION 5

**Créer les conditions d'un pilotage stratégique
CHU/université de la recherche en santé**

- 5.1** Faire du CRBSP une instance stratégique CHU/université qui définisse, à l'échelle de chaque CHU, des thématiques « différenciantes » à rayonnement national et international, en cohérence avec les EPST et en lien avec les acteurs économiques locaux.
- 5.2** Mettre en place une évaluation externe de la recherche des CHU par le HCERES, synchronisée avec celle de l'université et selon un référentiel couvrant la production et l'organisation de la recherche.
- 5.3** Imposer une information mutuelle complète sur les moyens mis à disposition entre les partenaires dès lors qu'on est dans une politique partagée entre CHU, université et EPST, permettant d'aligner l'allocation des ressources à la stratégie portée conjointement.
- 5.4** Mettre en cohérence les politiques de recherche biomédicale des sites dans le cadre d'un forum des CRBSP de l'interrégion, associant les acteurs du secteur privé, les collectivités territoriales (dont les régions) et les pôles de compétitivité.
- 5.5** Mettre en place une instance nationale en charge d'une gouvernance de la recherche biomédicale, partagée entre l'ensemble des acteurs (définition des priorités stratégiques, coordination de la programmation, consolidation des moyens engagés...).
- 5.6** Renforcer les programmes existants pour la recherche translationnelle, notamment le programme de recherche translationnelle en santé (PRTS), le programme RHU et les contrats hospitaliers de recherche translationnelle. (programmation, consolidation des moyens engagés...).

Introduction

La force des centres hospitaliers universitaires (CHU), fruits des ordonnances fondatrices de décembre 1958, est d'avoir permis de lier les centres hospitaliers régionaux aux universités par la voie d'une convention d'association et d'avoir créé la possibilité pour les médecins de disposer d'un statut de « bi-appartenants », liant le statut d'universitaire et celui de praticien hospitalier en tant que personnels temps plein partageant leur temps et leurs trois missions principales : enseignement, soins et recherche (décret du 24 septembre 1960). Ce modèle a permis d'unifier une médecine historiquement segmentée entre enseignement et exercice médical et de linéariser les parcours médicaux au sein de dispositifs juridiques liés à l'université et l'hôpital. Un modèle qui a permis une amélioration considérable du service rendu à la population, faisant évoluer la médecine vers l'excellence.

Les bases du modèle des CHU ainsi mis en place il y a soixante ans furent suffisamment solides pour permettre de traverser toutes les tempêtes médiatiques, juridiques, économiques, et de continuer à répondre aux grands enjeux de santé publique, d'enseignement et de recherche.

Les CHU réunissent l'ensemble des composantes permettant un cercle vertueux de l'innovation, de la recherche fondamentale à l'enseignement en passant à l'application concrète au lit des patients dans le cadre du soin. En soixante années, on dénombre 127 premières mondiales réalisées dans les CHU français, dont certaines ont donné lieu à des prix de niveau international. En parallèle, ils ont été le lieu principal de diffusion de l'innovation médicale,

qu'elle soit technologique, pratique ou liée aux dispositifs médicaux. Les exemples développés dans ce rapport tels que l'imagerie médicale, la chirurgie, la prise en charge des cancers, la génétique ou la biologie mettent en lumière ce cercle vertueux.

Les CHU ont une responsabilité toute particulière dans le panorama hospitalier. Lieux d'enseignement pratique pour l'ensemble des professionnels de santé, institutions de recherche clinique et translationnelle, hôpitaux de recours en même temps que de proximité, les CHU ont vu se multiplier leurs missions ces dernières années. En complémentarité avec les universités, les CHU se doivent d'être des lieux de l'expertise la plus pointue, de l'innovation scientifique, médicale et organisationnelle, et ce au service de la population de vastes régions : la loi leur prescrit de venir en soutien des groupements hospitaliers de territoire (GHT) de la subdivision et de leur apporter expertise pour les soins de recours, l'enseignement et la recherche. Paradoxalement, cette réaffirmation des missions de 1958 et leur élargissement se sont accompagnés d'une baisse relative des financements. Un modèle de financement nouveau s'impose pour mettre fin à la dispersion des crédits de recherche, favoriser l'innovation des CHU et leur permettre d'exercer leurs responsabilités dans la subdivision.

Dans le cadre de ce rapport, nous avons fait le choix de ne pas consacrer un chapitre entier aux problèmes de financement des CHU, mais de rappeler nos espoirs. Les CHU ont aujourd'hui trois missions – soins, enseignement, recherche –, auxquelles s'ajoutera demain la prévention en santé, chacune d'elles devant bénéficier d'un financement adapté

aux missions des CHU. Au titre des soins, nous sommes favorables au maintien de la tarification à l'activité (T2A), qui représente 50 % du financement de nos CHU. Mais il convient de rémunérer au juste prix les activités de jour, de maintenir la T2A mais de financer spécifiquement les 10 % d'activité de recours et d'expertise. En effet, le surcoût résultant de ces activités est insuffisamment pris en charge et il convient de dé plafonner l'enveloppe des actes d'activité hors nomenclature. Ces dernières années, la reconnaissance de la spécificité des CHU a été gommée. De même, il convient de financer intégralement les charges générées par la formation initiale et continue, ainsi que la permanence des soins des juniors, et ce sur une enveloppe dédiée indépendante de la T2A. Nous souhaitons que soit révisée la valeur des actes afin de les mettre en cohérence avec la dépense réelle générée par ces derniers en CHU.

Nous renouvelons une proposition présentée il y a deux ans aux Assises hospitalo-universitaires de Toulouse, à savoir la sanctuarisation d'une enveloppe dédiée à la recherche et à l'innovation financée par l'assurance maladie, mais non soumise à la réglementation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), qui constitue le socle du financement des structures, des innovations, complétée par des appels à projets. De façon transversale, l'investissement courant dans les CHU doit être porté à 4 %. Les investissements de grande ampleur doivent bénéficier de procédures de financement qui privilégient les subventions au capital amortissable. Enfin, la nouvelle mission de prévention et de promotion de la santé doit également être financée, de même que la nouvelle responsa-

bilité territoriale au sein du GHT et en association avec les autres GHT de la subdivision. Un financement distinctif couvrant ces nouvelles missions ainsi que les surcoûts liés à la recherche, à l'enseignement et aux actes de recours, comme cela a existé longtemps, doit donc être réinstauré. Le lien avec les partenaires économiques est un levier à intégrer dans la transformation des modalités de financement du CHU de demain, notamment en ce qui concerne la recherche translationnelle.

Le modèle des CHU repose depuis 1958 sur l'excellence et l'expertise au service des patients et des populations. La mission a souhaité mettre en lumière la façon dont les CHU ont contribué et contribuent aujourd'hui tant à l'amélioration de la pratique médicale, par le cercle vertueux de leurs trois missions, qu'au portage de leur rôle social, économique et sociétal. Acteurs majeurs du tissu économique français, ils ont maillé le territoire national et permettent, par une approche réticulaire, de garantir une offre de soins de grande qualité et de haut niveau, tant en matière d'activité de recours que de proximité à l'ensemble des populations.

Les CHU doivent donc composer avec un ensemble d'enjeux, qui sont autant de défis à relever pour bâtir la médecine et le CHU de demain.

Ce travail a permis de bâtir des propositions pour construire le modèle des CHU de demain autour de cinq grands axes thématiques transversaux.

Cinq grands axes

Axe I

TRANSFORMER LA SYNERGIE ENTRE CHU ET UNIVERSITÉ

1.1. CONTEXTE

L'ordonnance du 30 décembre 1958 a créé les centres hospitaliers et universitaires (CHU), établissements de santé régionaux liés par convention avec une université et chargés d'une triple mission de soin, formation et recherche. Trente CHU existent aujourd'hui, liés à 34 universités.

Une symbiose est essentielle entre universités et établissements hospitalo-universitaires pour permettre d'assurer l'avenir des générations de chercheurs, d'enseignants et de professionnels de santé. Dans son rapport de décembre 2017¹, la Cour des comptes confirme que « 60 ans après les ordonnances 1958, l'organisation hospitalo-universitaire a atteint ses objectifs de soins de haut niveau, de développement de la recherche et de professionnalisation de la formation des médecins ». Elle ajoute cependant que « l'examen du rôle des CHU dans ces deux derniers domaines montre un essoufflement de ce modèle, dans un contexte en forte évolution ».

La Cour des comptes note d'emblée qu'au niveau national, la double tutelle du domaine hospitalo-universitaire, assurée par les ministères chargés respectivement des Solidarités et de la Santé d'une part, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche d'autre part, est marquée par un manque de coopération entre les administrations centrales concernées. Plusieurs éléments illustrent les difficultés de pilotage général dans

le domaine de la recherche en santé : l'absence de vision consolidée de l'ensemble des moyens qui lui sont consacrés, la faiblesse du financement de la recherche translationnelle, ainsi que l'échec du plan de programmation de la recherche en santé de 2015. La Cour appelle au renforcement du pilotage national de la recherche biomédicale « *par une meilleure coordination des administrations centrales des ministères chargés respectivement de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche* ».

Sur le plan régional et local, la « *qualité de la coordination entre les CHU et leur université de rattachement apparaît contrastée selon les sites et dépend souvent de facteurs historiques et les relations personnelles entre les dirigeants* ».

Le groupe de travail « Gouvernance CHU/université », l'un des sept groupes mis en place par le comité de pilotage de la mission, a décidé, pour nourrir ses travaux, de réaliser une enquête nationale sur cette thématique. Cette enquête a été diffusée sous format électronique à tous les membres des six Conférences (directeurs généraux et présidents des commissions médicales d'établissements des CHU, présidents des universités, doyens des facultés de médecine, doyens des facultés de pharmacie et doyens des facultés d'odontologie).

Elle avait pour objectifs de dresser un état des lieux exhaustif de la situation actuelle sur la gouvernance CHU/université et de recenser les perspectives d'évolution souhaitées (à court terme et à horizon dix ans).

¹ Cour des comptes, « Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale », 2017.

transversaux

Les éléments d'analyse qui suivent sont la synthèse des résultats de cette enquête. Elle présente un état des lieux de la situation actuelle concernant la gouvernance CHU/université ainsi que les perceptions de l'avenir émanant des CHU et des universités.

Le premier grand constat qui peut en être tiré concerne l'hétérogénéité des fonctionnements et des situations. Ce constat est applicable à toutes les thématiques abordées dans l'enquête : le pilotage général de la stratégie hospitalo-universitaire, le pilotage de la recherche, le pilotage de la formation, la gestion conjointe des ressources et le mécénat. Les développements suivants précisent ce constat avant de faire une synthèse des forces, faiblesses, opportunités et menaces de la gouvernance entre CHU et université, telles qu'elles se présentent et sont vécues aujourd'hui. Ils mettent en avant quelques exemples de pratiques inspirantes.

1.1.1. La convention hospitalo-universitaire : un support essentiel de la gouvernance CHU/université au contenu variable

Une convention hospitalo-universitaire a été établie dans une grande majorité de CHU avec la ou les universités de leur zone géographique. La plupart des conventions ont été signées entre 2015 et 2018. À la marge, elles peuvent être très anciennes (années 1970-1980).

Le plus souvent, elles n'associent pas de partenaires. Il peut toutefois y avoir d'autres signataires. Il s'agit dans ce cas principalement des centres de lutte contre le cancer (CLCC). Des conventions associent également un centre de rééducation fonctionnelle, d'autres CHU et établissements de santé (par exemple spécialisés), d'autres facultés de médecine et d'odontologie dans des situations locales particulières comme à l'AP-HP. Les conventions tripartites ne sont pas majoritaires mais elles se développent.

Le contenu de ces conventions est très disparate. Toutefois, les axes stratégiques des conventions portent majoritairement sur les trois missions principales des CHU : soins, enseignement et recherche. Ainsi, la recherche (biomédicale, paramédicale et translationnelle), l'innovation et la valorisation sont des domaines fréquents de coopération formalisée. C'est le cas également pour la formation, à la fois initiale et continue, les soins et la gestion des personnels (recrutement, mises à disposition, profils, mobilité). La gestion commune concerne moins fréquemment les locaux partagés, les équipements, la documentation numérique, la communication et les systèmes d'information. L'harmonisation des stratégies des CHU et des universités est une préoccupation importante, tout comme la « gouvernance ». À ces dimensions peuvent être associés les partenariats. Plus ponctuellement, la coopération internationale, l'attractivité, les départements hospitalo-universitaires, la simulation, l'éthique et la déontologie sont intégrés dans la convention.

Les relations CHU/université définies dans les conventions hospitalo-universitaires sont de degré et de nature variables selon les domaines et les situations : il peut s'agir de mutualisation, de coopération, d'harmonisation, de concertation ou de coordination.

L'existence d'une structure de suivi et d'évaluation de la convention n'est pas systématique. Ces missions sont confiées, selon les situations, à un comité *ad hoc*, de coordination ou comité mixte ou stratégique université/CHU, à un comité de pilotage associant les acteurs clés de la gouvernance CHU/université, à une commission de coordination ou encore à des instances dédiées à des thématiques spécifiques comme la commission de coordination des études médicales ou le comité de la recherche biomédicale et en santé publique (CRBSP). Elles font parfois l'objet de réunions régulières entre les personnes ressources.

LE CHU DE DEMAIN

SYMBIOSE, CRÉATIVITÉ ET EXCELLENCE

La Cour des comptes, dans son rapport de 2017, propose, pour renforcer la coordination stratégique des acteurs régionaux et locaux, « *le renforcement des relations entre le président de l'université et la gouvernance du CHU, la mise en place d'une instance commune de concertation et la synchronisation des calendriers de leurs contrats pluriannuels apparaissent comme autant de conditions nécessaires à l'amélioration de la coordination stratégique entre ces établissements, au bénéfice de leurs missions d'enseignement et de recherche. La définition, au niveau régional, d'un cadre de coordination des actions menées dans le domaine de la recherche, associant notamment les CHU, les universités, les organismes nationaux de recherche, l'agence régionale de santé (ARS) et les collectivités territoriales, permettrait d'améliorer les grands choix stratégiques, notamment en matière d'investissement* ».

Exemples

- Une structure quadripartite université Paris-Sud/AP-HP/Gustave-Roussy/Aviesan a été mise en place pour suivre et évaluer la convention signée entre ces établissements.
- À Reims, il s'agit d'un comité de pilotage trimestriel qui réunit le président de la CME, le directeur général, le directeur général adjoint, le directeur de la recherche, le président de l'université, les doyens de médecine, pharmacie et odontologie, le vice-président de la recherche et de la formation de l'université.

1.1.2. Une représentation croisée, non systématique, suivant des modalités très différentes

La représentation croisée au sein des instances décisionnelles du CHU et de l'université est un des aspects primordiaux du lien entre les deux institutions. Celle-ci est loin d'être systématique et les pratiques en la matière sont hétérogènes. Ainsi, le CHU est parfois représenté, principalement par son directeur

général et avec une voix délibérative ou consultative, au conseil d'administration ou, parfois, au conseil de gestion des unités de formation et de recherche (UFR) de médecine, pharmacie ou odontologie. Plus ponctuellement, il peut l'être à la commission de recherche, au conseil académique, au conseil des directeurs des composantes ou à la commission des enseignements. L'université est davantage représentée au sein des instances décisionnelles du CHU. Non systématique, cette représentation peut exister au sein de plusieurs instances. Il s'agit principalement du conseil de surveillance, où siège le président de l'université, et du directoire, où siège le plus souvent le doyen de la faculté de médecine.

Au-delà des instances, l'existence d'échanges entre le directeur général du CHU et le doyen de l'UFR de médecine, les autres doyens des UFR de santé, le président de l'université ou leurs représentants, le président de la CME est un élément clé de la gouvernance entre CHU et université. Par ailleurs, les rencontres sont souvent moins fréquentes et moins formalisées entre le directeur général du CHU et les autres doyens d'UFR de santé qu'avec le doyen de l'UFR de médecine.

La qualité des relations entre ces acteurs semble influencer la perception de la gouvernance entre le CHU et l'université.

Exemples

- Le directeur du groupement hospitalier Hôpitaux universitaires Paris-Sud est personnalité qualifiée du conseil de l'UFR de médecine.
- À Lyon 1, le directeur de la recherche est membre du conseil académique.

1.1.3. Une mise en cohérence stratégique insuffisamment développée

La mise en cohérence stratégique entre le CHU et l'université passe par différentes voies, notamment l'association réciproque à l'élaboration des documents stratégiques des établissements (projets d'établissement, contrat quinquennal de l'université, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), à leur évaluation par le Haut Conseil de l'évaluation et de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) ainsi qu'à la conclusion de partenariats stratégiques.

Cette mise en cohérence stratégique n'est pas systématique, plutôt asymétrique, et reste limitée à certains domaines. Ainsi, l'université est davantage associée à l'élaboration du projet d'établissement du CHU que le CHU ne l'est à la préparation du contrat quinquennal. Cette association revêt des modalités très variables, qui vont du simple échange formel ou informel au respect des axes définis dans la convention hospitalo-universitaire en passant par la participation d'acteurs clés « relais », principalement le doyen ou le président de la CME.

Exemples

- Le projet d'établissement de l'université de Rennes1 comporte un volet CHU. De manière symétrique, un volet Université est intégré dans le projet d'établissement du CHU et dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
- Le CHU de Nantes est membre fondateur de la Nouvelle Université de Nantes et est, à ce titre, particulièrement impliqué dans la construction de l'université cible.
- Au CHU d'Angers, le directeur de l'UFR santé et les directeurs des départements de médecine et pharmacie participent aux séminaires et aux groupes de travail dédiés à l'élaboration du projet d'établissement du CHU.

CHU et université sont souvent mutuellement associés à leur évaluation respective par le HCERES. Cependant, le terme « association » cache une réalité disparate. Il peut s'agir d'une simple information, comme d'une collaboration étroite au sein du processus, d'une demande d'avis sur le rapport transmis au HCERES ou encore d'auditions d'acteurs de l'autre institution (par exemple le président d'université pour le CHU ou le directeur général du CHU pour l'université).

Les pratiques sont très variables en matière d'association réciproque en amont de la conclusion de partenariats stratégiques organismes de recherche, CLCC, acteurs économiques, grandes écoles...

De façon globale, les hétérogénéités actuelles de site et de personnes sont nombreuses et induisent des inégalités. Les stratégies de site recherche, formation et architecture notamment ne sont pas toujours partagées entre CHU et universités, ni cosignées avec des partenaires comme les collectivités territoriales, pour le schéma directeur immobilier par exemple.

Les liens entre les UFR de santé et les autres composantes de l'université sont souvent insuffisants et peu structurés, l'offre et les outils de simulation ne sont pas toujours partagés, ni communs.

Cette remarque s'applique aussi à la politique de valorisation, qui provoque une multiplication des structures dédiées.

Il existe également des situations concurrentielles dans les politiques vis-à-vis des mécènes (fondations « concurrentes » entre CHU et université). L'enquête réalisée par la mission auprès des 30 CHU au cours de l'été 2018 a montré que sur 23 CHU répondant à la question de l'existence d'une fondation locale, partagée ou non avec l'université, 17 possèdent une fondation distincte en termes de gouvernance et de fonctionnement avec l'université. Seuls les CHU de Bordeaux, Caen, Dijon et Limoges déclarent avoir une fondation commune avec l'université.

1.2. ENJEUX

Il apparaît que le renforcement des liens entre hôpital et enseignement supérieur est la clé pour faire évoluer favorablement le modèle de CHU issu des ordonnances de 1958. Il convient de créer une symbiose, essentielle, entre université et établissements hospitalo-universitaires afin d'assurer l'avenir des générations de chercheurs, d'enseignants et de professionnels de santé qui passeront par les CHU et de répondre aux défis de la médecine d'aujourd'hui et de demain.

Les modalités juridiques d'association des CHU et des universités semblent à ce jour insuffisantes et n'associent pas les deux ministères (MESR, MESS), les procédures d'élaboration des projets d'établissement, les procédures d'évaluation, notamment en matière de recherche des CHU et des universités, ne sont pas synchronisées. Les CHU ne sont pas reconnus comme établissements publics de recherche et ont été inscrits très récemment au Répertoire national des structures de recherche (RNSR). Les CHU ne sont pas toujours cotutelles des UMR qu'ils abritent et financent. Certains CHU exercent la cotutelle sur l'ensemble des UMR qu'ils abritent et financent, en partenariat avec l'université et un ou plusieurs EPST, et ce fonctionnement est jugé très satisfaisant. Les universités ne sont pas cotutelles des centres d'investigation clinique (CIC). Concernant ces points, la mission n'a pas permis d'aboutir à un consensus.

Enfin, certains dossiers structurants type IHU, appels à projets régionaux ne peuvent être portés indifféremment par les CHU, l'université ou les EPST. Les publications ne sont pas systématiquement cosignées CHU/université, y compris pour des personnels bi-appartenants.

1.3. PROPOSITION

PROPOSITION 1

Créer une nouvelle forme d'association entre CHU et université et le cadre juridique et opérationnel de cette synergie

Si l'objectif du renforcement du lien CHU/université est clairement partagé par toutes les Conférences, faisant des CHU des établissements de santé spécifiques à forte valeur ajoutée universitaire, plusieurs moyens techniques ont été discutés par la mission et restent ouverts à discussion avec les ministères :

- passer d'une simple convention cadre HU à un véritable décret d'association de chaque CHU à une ou plusieurs universités ;
- étudier la possibilité d'introduire le CHU dans la liste des établissements ou organismes concourant aux missions du service public de l'enseignement supérieur et de la recherche du Code de l'éducation ;
- assurer la possibilité aux CHU d'être reconnus en fonction de critères d'excellence évalués comme une structure de recherche complète. Dans cette perspective, ouvrir la possibilité d'inscrire les CHU dans le RNSR.

SOUS-PROPOSITION 1.1

S'appuyer sur une représentation croisée dans la gouvernance des CHU et des universités, afin d'en renforcer la cohérence

Sous réserve de la modification du cadre juridique actuel, afin d'assurer l'ouverture réciproque des instances de chaque entité, le président de l'université pourrait être intégré comme membre de droit du directoire du CHU en tant que vice-président Recherche du directoire issu de l'université et, inversement, le directeur général du CHU et le président de la CME du CHU, à l'instance décisionnelle de l'université.

De même, afin d'assurer l'ouverture réciproque des instances de chaque entité, un siège pourrait être garanti au directeur général du CHU et, si la réglementation venait à évoluer, un deuxième siège pourrait être offert au président de CME au sein du conseil d'administration de l'université.

SOUS-PROPOSITION 1.2

Pour décliner au sein des CHU les décisions conjointes entre le directeur général et le président de l'université, mettre en place des décisions conjointes entre le directeur général, le président de la CME et les doyens de santé, dans les domaines d'actions partagés, tout en respectant le principe d'une direction générale unique du CHU

Un volet commun portant sur la mise en œuvre des activités conjointes de formation et de recherche (volet commun cosigné par le directeur général du CHU, le président de la CME, les doyens des UFR de santé, agissant par délégation du président d'université) pourrait être formalisé au sein de chaque projet d'établissement de CHU et au sein de chaque projet quinquennal d'université.

Une commission mixte d'audition des candidats, proposés par les doyens de chaque UFR de santé à un emploi HU de rangs A ou B, pourrait être institutionnalisée au sein de chaque site. Cette commission mixte comprendrait les doyens des UFR de santé, le président de la CME et le directeur général du CHU ainsi que le président de l'université

SOUS-PROPOSITION 1.3

Instaurer une Conférence nationale des CHU, présidée par les deux ministres (chargé des Solidarités et de la Santé et chargé de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation), associant les six Conférences et les EPST afin de renforcer la stratégie nationale des CHU

Les objectifs sont doubles :

- renforcer la stratégie nationale pour les CHU avec la poursuite des travaux de nos six Conférences au-delà de la remise du rapport, en s'appuyant sur la dynamique engagée depuis un an ;
- instaurer une Conférence nationale annuelle des CHU, présidée par les deux ministres (MSS et MESRI), associant les six Conférences et les EPST/Aviesan, qui permettrait de faire le point sur les grands enjeux de santé en cours ou à lancer, de disposer progressivement d'une vision consolidée des moyens mis à disposition et de définir comment universités et CHU peuvent être les acteurs efficaces de la mise en place de ces axes, plans, actions générales...

1.4. CLÉS DE RÉUSSITE

Ces propositions ont pour objet de mettre en œuvre un cadre commun, imaginé historiquement mais qui s'est délité au fil du temps. L'enjeu majeur consiste dans la connaissance réciproque et la transparence entre nos deux institutions, qui composent l'ensemble hospitalo-universitaire fort que nous portons

Axe II

CHU ET UNIVERSITÉ, CO-ANIMATEURS DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES

2.1. CONTEXTE

2.1.1. Les CHU ont été fortement impactés par deux réformes majeures : la refonte des régions et la création des GHT

2.1.1.1. La réforme territoriale, chapitre de l'acte III de la décentralisation est entrée en application au 31 décembre 2015 (article 1)²

Elle a fait passer le nombre de régions en France de 22 à 13, créant, dans la plupart des cas, de nouveaux espaces territoriaux et imposant de nouveaux partenariats pour les CHU.

1.2. La création et la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont fortement mobilisé les CHU et l'ensemble du monde hospitalier sanitaire et médico-social. Elle a conduit à l'élaboration d'un projet médical partagé de territoire dans les GHT dont ils sont établissements supports et ont permis de déployer, en lien avec les facultés du domaine de la santé, les missions régionales des CHU prévues par le décret du 27 avril 2016 et l'article L.6132-3 du Code de la santé publique dans leur subdivision d'internat avec les autres établissements supports de GHT (conventions d'association).

Dans le domaine de la formation, les liens déjà forts et existants à l'échelle des subdivisions d'internat se sont renforcés à l'occasion de la mise en place de la réforme du troisième cycle.

Dans le domaine de la recherche, la majorité des CHU a ouvert ses compétences à l'échelon régional, dépassant le cadre de leur GHT, en proposant à la subdivision d'internat d'en bénéficier. Cela passe souvent par la création de « maisons de la recherche » territoriales ou de réseaux de recherche.

Enfin, les CHU portent aussi, pour la plupart, des projets « hors les murs » concertés avec les établissements périphériques : centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGGID) de territoire, maisons de santé pluridisciplinaires à vocation universitaire, actions de santé publique ou de prévention, télémédecine, dépistage, favorisés par de plus en plus de postes partagés, etc.

La plupart des CHU ont aussi initié la mise en place de **conférences hospitalo-universitaires dans les subdivisions d'internat**, associant le coordonnateur universitaire et représentants médicaux de chaque discipline des établissements supports de la région.

Ces conférences permettent de débattre des questions relatives aux enjeux de démographie médicale (assistants spécialistes partagés, praticiens à temps partagé, etc.) et de construire l'organisation des filières de référence et de recours dans les spécialités, de structurer les actions conjointes en matière de recherche et d'enseignement.

2. Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

2.1.2. Le constat est partagé sur le rôle territorial des CHU et des universités

Dans le contexte des réformes déjà mises en place (réforme régionale, GHT, initiatives des politiques de site), les CHU ont fait émerger des paramètres d'orientation qui serviront de base à la construction de la responsabilité territoriale des CHU.

Les forces des CHU dans la dimension territoriale sont représentées par une cohésion et la mise en place d'une stratégie d'alliance renforcée avec leurs territoires de responsabilité GHT, par la finalisation des PMSP et leur déclinaison par filière; l'engagement d'une politique d'animation territoriale dans les subdivisions d'internat avec les facultés de santé (convention d'association, conférences HU, etc.); des travaux en réseau inter-CHU engagés au plan national sur la base de réalisations qui fonctionnent, tels HUGO dans l'Ouest, le G4 dans le Nord-Ouest; enfin, la responsabilité sociétale, économique et de compétitivité du CHU et des facultés de santé est reconnue.

Des faiblesses se dégagent de la lourdeur des GHT et les résistances de certains CH à s'engager dans une politique plus intégrée et plus collaboratrice CHU-GHT. L'absence relative de coordination des projets médicaux et soignants avec la médecine de ville et les autres acteurs (médico-social, établissements privés...) est également un handicap. La dispersion des missions et le risque d'épuisement des équipes hospitalo-universitaires, des PH et des équipes de direction très sollicitées est un facteur d'inquiétude. Il existe des incertitudes à instaurer de vraies complémentarités inter-CHU, et le manque de coordination des politiques universitaires à l'échelle des sites ou des régions renforce ce questionnement; enfin, il existe un sentiment d'exclusion des universités, s'agissant du rôle à jouer dans les nouvelles missions territoriales des CHU.

Il y a des opportunités à saisir. L'approche en réseau des CHU est à définir (cf. *infra*). Des collaborations pour structurer les parcours de proximité et de référence et les filières au sein des CPTS, des GHT et des territoires sont à développer avec la médecine de ville et les autres acteurs.

Il apparaît des menaces par la dispersion et l'épuisement des équipes en l'absence de moyens dédiés à la mise en œuvre de cette réforme territoriale; mais aussi par des résistances aux mutualisations et à la réorganisation des plateaux techniques et des filières de soins en trois niveaux («Ma santé 2022»). Les connexions avec la médecine de ville sont rarement formalisées. La démographie médicale n'est pas maîtrisée, ni correctement évaluée, et elle empêche la réalisation de projets territoriaux de discipline sur le moyen terme. Enfin, il persiste des interrogations sur la réforme du financement et son impact sur les investissements et l'attractivité.

2.2. ENJEUX

2.2.1. Faire du CHU de demain le fer de lance de la transformation du système de santé dans les territoires

Le CHU de demain dans le plan «Ma santé 2022» doit «continuer à investir sa mission de proximité sur son territoire, en articulation avec les acteurs de la ville, du médico-social et les autres établissements de santé». Le CHU assure, évidemment, les soins de recours, le développement de l'innovation, la diffusion des bonnes pratiques. Il participe, avec l'université et tous les professionnels dans tous les territoires, à organiser la formation de tous les professionnels de santé et s'inclut dans une organisation de la recherche en santé permettant que les progrès scientifiques se traduisent rapidement en innovation thérapeutique, en synergie avec les universités et les organismes de

recherche. Le CHU promeut le développement des nouvelles formes d'exercice médical, en particulier la téléconsultation et la téléexpertise (dont les modèles économiques sont désormais clarifiés) ainsi que la télésurveillance.

2.2.2. Le CHU doit mettre en œuvre cette transformation à travers plusieurs approches

- Une responsabilité par les missions : la triple mission des CHU – soins, enseignement, recherche/innovation – et l'unicité de l'action dans les territoires doivent être réaffirmées pour les quatre objectifs précisés dans le décret : démographie médicale, recours et référence, formation en lien avec les facultés de santé, recherche pour leur subdivision d'internat.
- Une responsabilité organisationnelle : les CHU doivent être promoteurs d'une nouvelle organisation territoriale avec les établissements de leur GHT, avec les GHT de leur subdivision d'internat, avec leurs partenaires (médecine de ville, établissements privés et médico-sociaux, CPTS, etc.) et avec les autres CHU de leur région ou interrégion.
- Une responsabilité populationnelle : la responsabilité populationnelle des CHU doit être déclinée et rappelée dans ses différentes dimensions : au sein du territoire de proximité, du territoire de la subdivision d'internat, de la région, de l'interrégion et au plan national voire international pour certaines activités.
- Une approche par le rayonnement et l'influence du CHU peut compléter cette responsabilité à travers la notion « d'espace sans frontières ». Cette notion peut se décliner au travers d'un espace thématique adossé à une excellence scientifique et d'un espace de responsabilité sociale.

2.3. PROPOSITIONS

Les propositions qui suivent s'inscrivent en cohérence avec cette vision large de la dimension territoriale des CHU dans toutes ses dimensions.

PROPOSITION 2

Instaurer une responsabilité territoriale conjointe du CHU et de l'université

SOUS-PROPOSITION 2.1

Mettre en œuvre des stratégies territoriales en matière de prévention, de soins, de formation, de recherche et d'innovation assurées par le directeur général, le président de CME et les doyens de santé dans le cadre d'une coopération avec les autres acteurs du territoire

L'axe majeur donné à la prévention et à la promotion de la santé dans la politique de santé justifie que soit reconnue aux CHU une mission particulière, bien évidemment non exclusive dans ce domaine.

Les missions spécifiques des CHU dans le système de santé leur donnent en effet une responsabilité propre en matière de prévention :

- vis-à-vis des patients, les conseils de prévention étant nécessairement associés aux soins de proximité comme de recours. De véritables parcours de prévention doivent être développés en collaboration entre CHU et CPST ;
- pour la formation à la prévention des professionnels médicaux et non médicaux : service sanitaire des étudiants, développement des aspects liés à la prévention dans les maquettes de formation, des actions communes de prévention ou de promotion à développer au titre des responsabilités sociales des CHU et des universités, etc. ;
- les CHU disposent de services de santé publique et d'épidémiologie qui ont un rôle particulier à jouer en matière d'évaluation des politiques de prévention et de promotion de la santé, ainsi que de recherche en matière de prévention.

Une mission relative à la politique de prévention et de promotion de la santé pour les CHU est donc proposée comme quatrième mission dans le Code de santé publique.

SOUS-PROPOSITION 2.2

Introduire une échelle de gradation des parcours de santé des patients prenant en compte la proximité, les différents niveaux de recours et la complexité des pathologies prises en charge par les CHU

Le plan « Ma santé 2022 » prévoit une organisation hiérarchisée des activités des établissements qui s'adaptent aux besoins des territoires :

- les soins de proximité (médecine, gériatrie, réadaptation...),
- les soins spécialisés (chirurgie, maternité...),
- les soins ultra-spécialisés ou plateaux techniques de pointe (greffes, maladies rares...).

Cela concerne la répartition des organisations « offreurs de soins » et leur coordination comme point d'accueil ou de prise en charge des pathologies.

La gradation des parcours échelonne les pathologies ou les segments de pathologies ou de prise en charge en tenant compte de la complexité des approches diagnostiques et des nécessités de compétence qui serait graduée selon quatre niveaux :

- proximité ou accessibilité: signifiant toute pathologie de grande fréquence, dont les standards de prise en charge sont diffusés, ne mettent pas en cause une synergie de pluricom pétence simultanée; cela fait référence à la majorité des maladies dès lors qu'elles se présentent sous une forme clinique simple, sans excès de comorbidité, y compris certaines intégrées, pour certaines séquences, à des parcours de soins chroniques;
- recours 1: des pathologies ou prises en charge signifiant une escalade technique ou de compétence

demandant une équipe ou un plateau technique coordonné mais simple, relevant parfois d'une autorisation, dans un mode de présentation clinique classique;

- recours 2 [ou référence]: pathologie ou parcours de soins demandant, à un moment de sa prise en charge, un plateau technique de haut niveau ou de haut volume, obéissant à une logique de recommandation d'organisation et concernant des pathologies listées, ou tout recours secondaire, complications ou déviation par rapport au profil type d'une pathologie de recours primaire;
- complexité: pathologie dont la nature systémique ou d'organe est validée comme étant d'un niveau particulier de prise en charge (sur le modèle des maladies rares) défini par un corpus prédéfini de normes de démarche de diagnostic, de sélection, de traitement et donc de plateau technique polyspécialisé supportant un accès immédiat sans les étapes précédentes.

Cette nouvelle échelle de gradation sera adossée à la recombinaison du paysage des plateaux techniques. Elle permet d'expérimenter les financements au parcours ou les algorithmes d'intéressement financiers collectifs (clé de répartition à inventer, article 51).

SOUS-PROPOSITION 2.3

Développer la territorialisation des équipes médicales et permettre aux CHU et aux universités de labelliser des équipes territoriales, des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé

Les CHU ont un rôle particulier à jouer pour la création et l'animation des équipes territoriales.

Par ailleurs, avec les universités, ils doivent coordonner une politique dans leur subdivision d'internat, celle-ci devant être prévue par les conventions d'association avec les GHT, et promouvoir de nouvelles relations, tant avec la médecine de ville qu'avec les autres acteurs de santé ou du médico-social.

Développer la territorialisation des équipes médicales

L'enjeu majeur de la démographie médicale dans les territoires impose d'ouvrir un *modus operandi* de gestion d'équipes médicales de territoire :

- **anticiper** : c'est-à-dire gérer la démographie, en prévision de l'évolution des effectifs médicaux (GPEC, logiciel Logimed, etc.);
- **construire** : faire émerger et vivre des équipes (décloisonnement de statuts ou surtout de trajectoire : montage de poste plurithématique, exercice multiple, réversibilité, etc.); création de postes de pharmaciens cliniques intervenant à la fois dans les CHU et les structures de ville; proposer un accompagnement psychosocial et y intégrer les solutions mises en place dans le cadre de la QVT, donc les commissions de vie hospitalière;
- **réagir** : s'adapter aux évolutions médico-scientifiques, penser « attractivité », savoir prendre des mesures conjoncturelles (cellule démographique au sein des futures gouvernances de territoire?);
- **modéliser** : les modalités actuelles représentées par l'équipe médicale de territoire, la fédération interhospitalière, le pôle interhospitalier, doivent être maintenues comme possibilités de structuration

Les relations ville/hôpital : l'exemple du CHU de Lille

Le CHU de Lille conduit actuellement le déploiement du dossier patient informatisé intégrant la prescription informatisée des traitements. Dans ce cadre, l'institut de pharmacie a réorganisé il y a quelques années ses activités en individualisant un processus de pharmacie clinique dans l'objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique du patient à chaque étape de son parcours. Ces activités contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Elles soutiennent la déclaration des effets indésirables

et l'aide au diagnostic d'iatrogénie en concertation et avec l'appui du centre régional de pharmacovigilance.

Le développement des activités de pharmacie clinique s'inscrit dans une dynamique hospitalo-universitaire contribuant à la mise en œuvre d'enseignements interprofessionnels en formation initiale des pharmaciens, médecins et chirurgiens-dentistes et à la création de dispositifs de formation continue accompagnant les nouvelles missions pharmaceutiques.

Cette dynamique bénéficie des collaborations existantes avec le réseau

officiel. Elle soutient le lien ville/hôpital avec la conciliation des traitements médicamenteux, les revues de médication, le partage de référentiels et d'outils de formation et d'amélioration des pratiques et les échanges d'information entre les professionnels concernés. Elle permet d'initier des projets à l'échelle du territoire destinés à sécuriser les parcours des patients à haut risque d'événement iatrogène, contribuant ainsi à la structuration des parcours dans le cadre des travaux du comité ville/hôpital du CHU de Lille.

CINQ GRANDS AXES TRANSVERSAUX

AXE II - CHU ET UNIVERSITÉ, CO-ANIMATEURS DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES

des équipes. D'autres modalités peuvent être proposées, par exemple le « focus groupe de territoire » avec une vision pluriprofessionnelle (principe du réseau pouvant inclure des médecins de ville ou des paramédicaux, des CPTS, être monothématiques ou non) ou l'équipe transterritoriale, notamment dans le champ des conventions avec un CHU, avec l'établissement support du GHT et éventuellement d'autres établissements – cette organisation constitue un mode d'apprentissage particulier de l'exercice médical permettant l'entrée d'emblée dans une équipe territoriale connectée entre au moins trois établissements.

Cette recherche en modélisation peut s'appuyer sur le levier « dérogations organisationnelles » de l'article 51, sur les nouvelles modalités de financement au forfait (insuffisance rénale, diabète) et les parcours à structurer (insuffisance cardiaque, ostéoporose, etc.).

Permettre aux CHU et aux universités de labelliser des équipes de professionnels de santé, des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé

Les CHU, déjà très impliqués dans les territoires, avec notamment la mise en place de postes partagés, ont vocation, sans se substituer aux autorités concernées (ARS, HAS, etc.), à labelliser des équipes multisites dans les GHT, particulièrement impliquées dans des collaborations avec les CHU et les facultés de santé, sur la base de critères de qualité et d'organisation des soins, de participation aux missions d'enseignement, de recherche ou d'innovation, en lien avec les équipes hospitalo-universitaires.

Cette proposition permettrait aussi de participer avec d'autres, en un copilotage décentré, aux objectifs suivants :

- département des maîtres de stage (recruter, former, gérer, évaluer les maîtres de stage) en prolongeant le dispositif actuel de DU de médecine générale,

- formation au plus proche des territoires (MSPU en MG),
- implication et reconnaissance universitaire des encadrants dans les territoires (formation des encadrants, implication dans les enseignements facultaires, accès aux services de l'université),
- « exercice territorial universitaire » des HU (comme pour le soin) dans les établissements de santé et les MSPU,
- intégration des autres professionnels de santé dans les MSPU (odontologie, maïeutique, pharmacie).

SOUS-PROPOSITION 2.4

Structurer des réseaux de CHU afin de répondre aux enjeux de prévention, de soins, d'enseignement et de recherche

Les 30 CHU constituent des institutions aux compétences humaines, soignantes, scientifiques et technologiques qui n'ont pas d'équivalent. Ils assument leur triple responsabilité à des degrés différenciés selon leur taille et leurs compétences. L'objectif consiste à les confirmer en développant leur complémentarité au travers des réseaux de CHU plutôt que de réduire le nombre de CHU, ou de systématiquement hiérarchiser ceux-ci, ce qui serait contradictoire avec les enjeux territoriaux du plan « Ma santé 2022 », ainsi qu'avec les objectifs de la réforme de la formation.

Une réflexion est engagée sur ce sujet, reposant sur des principes communs, permettant de faire émerger des projets collaboratifs entre CHU, partant des équipes, et permettant d'atteindre des masses critiques suffisantes dans le domaine des soins de recours, de la formation, de la recherche, en matière d'innovation et de politique internationale.

Une conception des CHU en réseau doit être adaptée aux spécificités des territoires, des régions et des interrégions et favoriser de manière coordonnée la réponse aux enjeux de masse critique

Deux philosophies de réseau de CHU peuvent être mises en œuvre, selon la taille des CHU et la spécificité des enjeux régionaux ou interrégionaux.

Une première philosophie correspond à un « réseau centralisé », reposant sur un « CHU support ».

La seconde correspondrait à un « réseau coordonné » fondé sur une logique de complémentarités asymétriques ou non.

Les réseaux de CHU constituent une opportunité en permettant à chaque région ou interrégion d'être positionnée sur les sujets clés des prochaines décennies (haute technologie notamment), de favoriser sur les territoires l'accès aux soins de recours de manière homogène et la complémentarité d'équipes d'excellence, en synergie avec les stratifications universitaires ou les pôles de compétitivité, ainsi que de consolider la signature internationale de tous les CHU.

Les universités et CHU sont, de plus, confrontés à une contradiction entre, d'une part les charges d'enseignement à assumer dans les différentes disciplines médicales et les différentes écoles paramédicales, d'autre part la nécessité de positionner plusieurs postes hospitalo-universitaires dans une même discipline pour atteindre une visibilité internationale en matière de recherche, en lien avec les EPST.

Une réponse coopérative entre CHU pour certaines disciplines médicales en situation de fragilité peut permettre de sortir de cette contradiction. Cela implique de créer les conditions permettant de passer d'un mode de relations entre CHU, parfois encore concurrentiel, à un mode résolument coopératif.

Cette complémentarité nécessaire entre CHU doit accroître leur efficacité et l'impact de leurs décisions, sans créer de strate supplémentaire.

Elle doit aussi permettre de mieux faire face aux enjeux de masses critiques indispensables pour accomplir efficacement les missions traditionnelles de soins, de formation et de recherche.

■ La taille critique « managériale »

Celle-ci vise à permettre des échanges fluides entre professionnels en rapprochant la décision du terrain. La taille critique managériale, dans le monde de la santé comme dans l'ensemble des secteurs d'activité, qui repose sur une forte créativité, implique une capacité des acteurs à se connaître pour créer des interactions rapides. En pratique, elle renvoie à des ensembles de 200 ou 300 personnes. Elle correspond aux pôles mis en œuvre dans les établissements.

■ La masse critique « soin »

La masse critique soin correspond au nombre minimal de professionnels de santé d'une même spécialité qui doit être réuni pour que la discipline et l'établissement soient attractifs en termes de conditions d'exercice au quotidien, pour intégrer des spécialités et assurer la permanence des soins

■ La masse critique « formation »

Le défi consiste à conforter la masse critique des équipes hospitalo-universitaires en matière de formation afin d'assurer les missions de formation médicale et paramédicale de manière répartie sur les territoires, tout en favorisant les synergies entre les pôles d'excellence, afin d'accroître le rayonnement de la médecine française aux plans national, européen et international.

■ La masse critique « recherche »

La masse critique recherche, au sein des équipes labellisées, notamment, renvoie à la capacité à réunir des forces suffisantes et pérennes dans le temps, qui

intègrent de surcroît les différents métiers nécessaires à une recherche de niveau international. Il faut donc imaginer une solution originale qui distingue la réponse apportée à ces enjeux très différents.

Il faut redéfinir des compétences socles et des compétences facultatives aux réseaux de CHU

Sur la base des expériences existantes de réseaux constitués entre CHU (HUGO, G4, HOURS, etc.), les compétences socles concerneraient quatre champs de coopération entre CHU :

- l'organisation des activités de recours et des activités relevant jusqu'à présent des SIOS,
- la formation et la révision concertée des effectifs hospitalo-universitaires en lien avec les universités,
- la définition d'une stratégie de recherche coordonnée,
- la constitution d'écoles du management médical et la promotion de l'innovation organisationnelle³.

Il s'agit de créer une gouvernance souple et adaptée aux enjeux spécifiques des régions ou interrégions

Les réseaux de CHU pourraient, pour ceux qui le souhaitent, être structurés en groupements de coopération sanitaires, qui constituent une forme de coordination entre acteurs. Ceux-ci pourraient associer les centres de lutte contre le cancer. La gouvernance serait légère autour d'un administrateur élu tous les quatre ans parmi les établissements membres. L'instance délibérante du GCS serait assurée par une assemblée générale dotée d'un bureau. Un délégué général assurerait l'exécution des décisions de l'assemblée générale.

³. En la matière, de nombreux établissements ont déjà des partenariats structurés avec des instituts de management dépendant d'universités : Amiens, Angers, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Grenoble, La Réunion, Limoges, Montpellier, Nantes, Reims, Rennes, Toulouse, Tours. On voit ici poindre le rôle du réseau HUGO comme tremplin pour l'accès à l'EMAMH de l'AP-HP et dont les CHU bénéficiaires sont globalement satisfaits, que ce soit en termes de ressources humaines allouées ou de qualité de la formation dispensée. Parmi les CHU n'appartenant pas au réseau HUGO, on peut noter les CHU de Clermont-Ferrand, Grenoble et Reims au sein desquels il existe un partenariat avec une école de management locale, avec également un bon retour des professionnels formés.

2.4. CLÉS DE RÉUSSITE

L'enjeu territorial pour les CHU constitue un enjeu majeur, qu'il s'agisse du territoire de proximité, des régions ou interrégions, ou de leur positionnement international.

Les clés de la réussite des propositions formulées reposeront sur les éléments suivants :

- être accompagné par un soutien de l'État et des ARS pour reconfigurer l'ingénierie territoriale et des réseaux de CHU, y compris une révision du modèle médico-économique afin d'éviter les défauts d'investissement et la démobilitation des équipes de professionnels de santé très sollicités sur le terrain par leurs multiples missions et par de nombreuses réformes,
- être adapté aux spécificités des territoires, des régions ou interrégions tout en définissant des cahiers des charges minimums communs,
- engager la volonté des acteurs sur des projets collaboratifs venant des équipes et des gouvernances locales, et non sur un schéma type centralisé et décliné de manière uniforme sur tous les territoires,
- s'appuyer sur les expériences réussies et valoriser celles-ci.

Axe III

RÉAFFIRMER LA PLACE DES ACTEURS DE SANTÉ ET LE SENS DE LEUR MÉTIER

3.1. CONTEXTE

Le CHU concentre toutes les composantes de l'expression des nouvelles valeurs professionnelles. C'est un lieu de rencontre de professionnels médicaux (médecine, pharmacie, odontologie) et non médicaux d'âge et d'objectifs différents. S'y discutent les enjeux d'équilibre entre vie professionnelle-passion et vie personnelle-épanouissement, l'évolution de l'image des métiers dans l'imaginaire des plus jeunes, les concepts de mobilité et d'innovation en termes de temps de travail dans un univers à fortes contraintes et de nécessaires évolutions managériales. Ces aspirations se heurtent aux rigidités des statuts.

Par ailleurs, le CHU abrite des parcours professionnels dont l'évaluation est insuffisamment vérifiée et des salaires qui ne sont pas toujours compétitifs par rapport au secteur privé. Le plus souvent, le statut H-U ou H-en-U suppose une accumulation synchrone de missions dont l'organisation est parfois complexe, avec de nombreux verrous. En outre, le parcours HU est long et difficile, encore trop orienté sur la recherche.

Globalement, ce modèle est statique et ne prend pas en compte l'évolution dans la carrière et la possibilité de re-certification ou d'évolution dans le temps.

Les effectifs HU sont stables depuis dix ans, mais cette stabilité masque des disparités importantes

entre les CHU. En l'absence de création de postes, la parution est dépendante de la cessation d'activité d'un hospitalo-universitaire.

Enfin, les conditions de rémunération pour un professionnel médical, universitaire ou non, sont dans leur nombre de spécialités inférieures à celles de leurs collègues libéraux ou exerçant dans le secteur privé. De plus, les métiers hospitaliers demeurent des métiers à fortes contraintes qui se cumulent mal avec les aspirations des nouvelles générations de professeurs recherchant un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle.

Le champ des carrières hospitalières est souvent fondé sur un engagement fort de valeurs humanistes et sur une quête des sens de l'action, mais ces valeurs sont aujourd'hui souvent réinterrogées du fait de l'évolution des modes de prise en charge et de leur impact financier, du raccourcissement des séjours hospitaliers et de leur intensification, de la nécessité d'un travail en réseau. Ce mouvement ne touche pas les seules carrières médicales (médecine, pharmacie, odontologie) mais tous les corps de métier de l'hôpital, du personnel soignant aux managers en passant par l'ensemble des professions techniques, administratives et logistiques.

3.2. CONSTATS ET ENJEUX

3.2.1. Une perte d'attractivité des carrières hospitalières

L'attractivité de l'hôpital ne dépend pas uniquement de mesures financières ciblées, mais d'un climat favorisé par un management adaptatif, par une reconnaissance de l'implication des personnes et équipes, par un allègement des contraintes administratives et une plus grande autonomie des acteurs de terrain au sein des services notamment.

Les métiers hospitaliers sont porteurs de sens. Travailler dans un CHU apporte une valorisation supplémentaire aux métiers, de par la multiplicité des possibilités d'exercice, les marges de manœuvre organisationnelles, la richesse des plateaux techniques offertes, la contribution aux activités de recherche et d'enseignement. Dans son baromètre santé/prévention 2018 (Intériale/CSA), Acteurs publics souligne le fait que « dans la fonction publique hospitalière [...], 86% des agents restent très attachés au sens de leur travail, mettant en avant leur goût d'exercer une mission de service public »⁴. Ce phénomène est largement documenté dans la littérature et la plupart du temps utilisé pour décrire une opposition entre logique managériale et logique d'engagement soignant^{5, 6, 7, 8, 9}.

Cette motivation initiale sur laquelle repose l'engagement des professionnels se confronte aujourd'hui aux

grandes évolutions technologiques et organisationnelles qui bouleversent les représentations d'identité professionnelle. Dans ses travaux sur les leviers de motivation dans la fonction publique, le Conseil d'orientation des politiques de ressources humaines a produit un dossier documentaire et une note de problématique qui pose les bases de cette réflexion: « [...] Il ne fait guère de doute que, pour des organisations qui n'ont pas pour but le profit et dont l'intervention repose principalement sur des prestations de service mises en œuvre par des personnes physiques, la motivation des agents publics ou leur non-motivation constitue un facteur clef de performance ou de non-performance publique »¹⁰. Cette théorie est sous-tendue à l'hôpital public par les travaux fondateurs conduits par le chercheur canadien, Y. Brunelle et portant sur les hôpitaux magnétiques, qui réunissent qualité des conditions de travail et qualité des soins. L'auteur en dégage un modèle de corrélation entre ces deux variables. Ce concept a ensuite été développé dans la littérature autour des notions de fidélisation: un hôpital qui a la capacité d'attirer et retenir les soignants (McClure et al., 1983) et de la performance: un contexte organisationnel qui rend possible la meilleure performance de chaque professionnel de santé (Lundmark, 2008). Or, aujourd'hui, force est de constater que la motivation inhérente à l'engagement des professionnels de santé s'érode. « [On observe le] fléchissement enregistré dans la fonction publique hospitalière, où les agents paraissent un peu découragés [...] »¹¹. Le plus souvent le traitement de cette question fait l'objet d'une interprétation hâtive, mettant en avant une opposition présumée entre une « rationalisation » à marche forcée de l'hôpital et les valeurs soignantes et médicales d'engagement. Logique gestionnaire contre logique soignante sont antagonisées par la

4. Acteurs publics, « Qu'est-ce qui motive l'engagement des agents publics ? », juillet-août 2018.

5. F. Pierru, « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », Quaderni [En ligne], 82 | Automne 2013, mis en ligne le 5 octobre 2015, consulté le 24 novembre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/745>; DOI: 10.4000/quaderni.745

6. J.-P. Dumond, « Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Les Tribunes de la santé*, 2003/1 (n° 1), pp. 71-81.

7. L. Hardy « L'hôpital en marche vers une éthique de tous les métiers ? », *Recherche en soins infirmiers*, 2007/3 (n°90), pp.95-101.

8. E. Hirsch, *Le Devoir de non-abandon*, Éditions du Cerf, 2004.

9. F. Lheureux, « Représentations professionnelles, satisfaction au travail et choix de carrière des personnels infirmiers : le rôle des valeurs d'autonomie », *Psychologie du travail et des organisations*, vol. 16, 2010, pp. 312-324.

10. Conseil d'orientation des politiques de ressources humaines, « Les leviers de motivation dans la fonction publique », DGAFP, 9 novembre 2017.

11. Acteurs publics, « Qu'est-ce qui motive l'engagement des agents publics ? », juillet-août 2018.

sphère médiatique, sans que de réels travaux universitaires viennent les sous-tendre.

L'actualité marquée de ces derniers mois a particulièrement mis en lumière des événements tragiques ayant eu lieu dans des CHU, provoquant parfois une inflation médiatique porteuse d'interprétations dénuée d'analyse systémique exhaustive (HEGP, Grenoble, « CHU leaks » de Toulouse, etc.). Le traitement réservé à ces événements est peu fidèle à la réalité éprouvée du quotidien au sein des CHU et en livre une image unilatérale et sans nuances de façon assumée (reportage d'*Envoyé spécial* sur le CHU de Toulouse). Cet état d'esprit est renforcé par des publications variées, à caractère idéologique ou politique, remettant clairement en cause le modèle actuel de l'hôpital public, amalgamant le plus souvent le modèle des CHU dans un débat plus global lié au financement de la santé et ne permettant pas de penser les spécificités d'un modèle hospitalier et hospitalo-universitaire pour l'avenir.

De plus, l'hôpital est un lieu marqué par des organisations particulièrement hiérarchisées qui ont d'abord été construites autour de la notion de responsabilité dans la prise en charge du patient. Les médecins sont garants du traitement médical et les soignants délégués d'une autorité médicale partielle pour des tâches bien ciblées et listées dans le cadre de référentiels. La DREES écrit en 2006, dans un rapport sur les relations de pouvoir à l'hôpital : « *Le métier infirmier a procédé de la profession médicale : il appartient, avec d'autres, au champ du "paramédical", selon une formulation qui dit bien la dépendance de ces métiers vis-à-vis de la médecine (Freidson, 1984). Puis, le métier aide-soignant a procédé du métier infirmier – dont on peut considérer, avec le temps, avec la formalisation croissante des tâches infirmières dont certaines relèvent d'un "rôle propre", avec également la constitution d'associations corporatistes et la sanction étatique, qu'il est devenu une profession. Chaque fois,*

*la catégorie inférieure procède de la supérieure ; elle se définit par rapport à elle, et non l'inverse. Elle se trouve non seulement dans une relation de subordination, mais aussi d'inclusion. Ces catégories ne sont pas leur propre référent : c'est la catégorie supérieure qui joue ce rôle. »*¹² Cet espace particulièrement hiérarchisé autour de corps professionnels distincts s'adapte mal aux jeunes générations et à leurs aspirations. Les conflits interpersonnels peuvent alors prendre une forme violente, la culture de la médiation étant encore à conforter. La mobilité des acteurs engagés dans le différend est rendue difficile par l'hypermécialisation médicale au sein des CHU, ce qui participe de l'installation dans le temps de certaines situations de conflit. De plus, l'exercice à l'hôpital demande bien souvent de la disponibilité et de l'adaptabilité en toutes circonstances.

En définitive, les métiers hospitaliers demeurent, dans la plupart des cas, des métiers à forte contrainte, qui peinent à s'articuler avec les aspirations des nouvelles générations de professionnels revendiquant un meilleur équilibre vie privée/vie professionnelle. Ce phénomène largement documenté^{13, 14} trouve un écho particulier à l'hôpital, espace d'investissement fort aux horaires qui empiètent souvent sur la vie privée et qui appellent des aménagements particuliers, tant pour le corps médical (médecine, pharmacie, odontologie) que pour les autres professions. Ce phénomène est renforcé par la difficile lisibilité des carrières hospitalières, en particulier pour le corps médical.

12. N. Jounin, L. Wolff, « Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé », n°64, octobre 2006, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud64.pdf> (dernière consultation le 26 novembre 2018)

13. B. Pauget, A. Damma, « Les jeunes générations dans l'entreprise : l'exemple de l'hôpital... », *Regards* 2015/2 (n° 48), pp. 185-189.

14. B. Pauge, « L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ? », *Pratiques et organisation des soins* 2012/1, vol. 43, pp. 25-33.

3.2.2. Des déroulés de carrière peu lisibles

Lorsqu'ils arrivent à l'hôpital, les praticiens hospitaliers sont à la recherche de reconnaissance et de visibilité sur leur avenir professionnel. Ils sont souvent insuffisamment reconnus et valorisés au sein des équipes HU. Leur projet doit se décliner à l'échelle du service, dans le respect du projet du pôle et du projet d'établissement.

Les statuts de contractuels sont hétérogènes et créent une précarité mal ressentie par les jeunes professionnels.

Le rôle et la place des hospitalo-universitaires sont singuliers. La triple mission de soins, d'enseignement et de recherche ainsi que la double appartenance hospitalière et universitaire sont les garants d'un parcours de haut niveau. Son maintien est donc indispensable mais la triple mission des hospitalo-universitaires ne peut être assurée de manière pleine et entière tout au long de la carrière, et des étapes de carrière centrées sur deux des trois missions pourraient être proposées. À ces trois missions difficilement cumulables s'ajoute, pour bon nombre de HU, la mission managériale par la responsabilité d'un service ou d'un pôle ou au sein de la faculté ou de la CME. Cette quatrième mission est tout aussi complexe à porter. Elle doit relever d'un véritable choix et requiert engagement, formation et évaluation, au même titre que les trois autres missions. À cela s'ajoutent bien souvent des responsabilités au sein des sociétés savantes ou dans l'édition scientifique. De plus, des professionnels de santé intégrés plus récemment au CHU, comme les pharmaciens, doivent bénéficier d'une harmonisation de leurs statuts avec les médecins.

Alors que le nombre de médecins a fortement augmenté en un siècle, de récents rapports et publications laissent entrevoir une forte diminution du nombre de médecins d'ici à 2020 du fait du vieillissement de la profession et des mesures limitant le nombre d'étudiants en médecine.

De plus, on constate l'apparition d'une crise des vocations, différenciée suivant les spécialités et les régions.

De même, une crise des vocations est remarquable dans certaines disciplines (anesthésie, chirurgie notamment). De plus en plus d'étudiants réunissant le concours d'internat délaissent la chirurgie au profit des spécialités médicales, jugées plus rémunératrices et moins exigeantes.

Inversement, les carrières hospitalo-universitaires sont devenues attractives pour les internes en pharmacie, en raison notamment du développement de nouveaux métiers comme la pharmacie clinique ou la production de médicaments de thérapie innovante au sein du CHU. Néanmoins, l'intégration des pharmaciens dans le corps hospitalo-universitaire depuis le décret de 2006 a été réalisée essentiellement par transformations d'emplois universitaires, donc à effectifs constants. L'absence de création d'emplois pérennes d'assistants et le faible nombre de postes HU ouverts en pharmacie constituent un double goulot d'étranglement pour les candidats potentiels pour l'accès à des postes de MCU-PH et de PU-PH et s'avèrent être pénalisants pour le développement hospitalo-universitaire de la discipline¹⁵.

3.2.3. Le modèle managérial n'est plus adapté aux évolutions

Comme évoqué précédemment, l'hôpital est une structure historiquement très hiérarchisée et fonctionnant en silos. La littérature en sociologie évoque un déclin de ces formes « institutionnelles » au profit de configurations « organisationnelles », moins hiérarchisées, dont l'hôpital, et *a fortiori* le CHU, ne s'est pas saisi (cf. F. Dubet, *Le Déclin de l'institution*, 2001). Ces évolutions transforment les modalités d'exercice des professionnels, en particulier dans les CHU où la taille des établissements induit des modes de gestion

15. I. Roussel, H. Sihmed, rapport conjoint IGAS/IGAENR, « Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évolution », juillet 2018, pp. 49-51.

locaux, à l'échelle du service, variés selon les managers et les chefferies de service. De plus, il n'y a aujourd'hui pas ou peu de réflexion sur des projets managériaux intégrés aux projets d'établissement des CHU et les dispositifs de management coopératif sont très peu développés au sein des équipes pluri-professionnelles.

Les études de médecine ne forment ni au travail d'équipe, ni au management, ni à la connaissance de l'organisation et du financement du système de santé: «*La chefferie est encore conçue comme un bâton de maréchal*» alors que le «*meilleur des universitaires, ne fait pas systématiquement le meilleur des managers*». Les responsabilités de management doivent être accordées sans tenir compte du grade H ou «HU» mais sur des critères objectifs: motivation, formation, projet, évaluation.

Ces constats sont parfois générateurs de tensions voire de conflits au sein des équipes; or, la notion de conciliation et de médiation, ainsi que celle de QVT

des professionnels médicaux sont encore naissantes dans les CHU.

Les professionnels aspirent à un management qui les prenne en compte, les implique et les reconnaisse:

- les PH sont insuffisamment impliqués dans le management au sein des CHU,
- un praticien hospitalier qui n'est pas chef de pôle ou responsable de structure interne n'est le plus souvent pas consulté. De plus, un nombre important de praticiens hospitaliers participe activement à des fonctions d'enseignement, de recherche ou de gestion au sein des CHU, sans réelle reconnaissance statutaire de celles-ci. Il est donc indispensable de davantage reconnaître et de valoriser l'implication de ces praticiens dans ces différents domaines,
- les formations managériales destinées au corps médical (médecine, pharmacie, odontologie), bien que prévues par la loi, n'accompagnent pas systé-

L'exemple de l'École de management des médecins des hôpitaux (EMAMH)

L'École de management des médecins des hôpitaux (EMAMH) a été créée en 1991 à l'initiative du Pr Dominique Bertrand (santé publique, hôpital Lariboisière, AP-HP) en 1991, en partenariat avec le centre de gestion scientifique de l'École supérieure des mines de Paris. Depuis sa création, l'EMAMH s'est fortement développée et propose aujourd'hui un panel d'actions complémentaires et des parcours managériaux qui peuvent être individualisés. L'EMAMH propose notamment un cursus complet de formation et un ensemble de modules complémentaires de formation et d'accompagnement des praticiens qui exercent des responsabilités managériales. Ce cursus, d'une durée de quinze jours environ, se déroule sur une année uni-

versitaire. Il comprend le diagnostic des pratiques managériales du praticien et un ensemble de séminaires en santé publique (économie de la santé, politiques de santé), en gestion hospitalière (comptabilité, finances, pilotage médico-économique), en management des ressources humaines (médicales et soignantes) et en organisation hospitalière (ambulatoire, parcours de soins, systèmes d'information...). Le cursus est complété par des modules de management et par l'accompagnement individuel des praticiens tout au long de l'année universitaire autour d'un projet hospitalier qu'ils portent (développement d'une nouvelle technologie, des soins ambulatoires, optimisation des prises en charge...). L'accompagnement consiste en un appui à

la conduite de projet et permet d'ancrer de façon opérationnelle les apports reçus lors des séminaires. Ce travail est matérialisé par un mémoire qui doit être soutenu devant un jury à la fin de l'année universitaire. Les modules complémentaires sont choisis par les praticiens en fonction des besoins ressentis et des besoins objectivés par le diagnostic des pratiques managériales réalisé en début de cursus. Quatorze modules complémentaires sont proposés. Ils traitent de la gestion de projet et de la conduite du changement à l'hôpital, de l'efficacité personnelle (développement du leadership, gestion du stress et prévention du burn-out...) et du management des hommes et des équipes (motivation de l'équipe, prévention et gestion des si-

CINQ GRANDS AXES TRANSVERSAUX

AXE III - RÉAFFIRMER LA PLACE DES ACTEURS DE SANTÉ ET LE SENS DE LEUR MÉTIER

matiquement toute prise de responsabilités, et celles réunissant l'ensemble des cadres toutes catégories professionnelles confondues sont quasi inexistantes. L'enjeu d'une formation managériale pluriprofessionnelle est de favoriser une meilleure interaction entre les différents cadres, dans la perspective d'un management plus efficient,

- les dispositifs d'entretien annuel se sont développés pour les professionnels non médicaux. Ils sont inexistantes chez les professionnels médicaux,
- la mauvaise harmonisation des temps médicaux et paramédicaux nuit à l'organisation des services et a été exacerbée par la mise en place des 35 heures.

Le management est un enjeu majeur auquel les responsables médicaux sont souvent mal préparés. Beaucoup de médecins, de pharmaciens et d'odontologues se retrouvent en position de managers. Or, le leadership clinique est une condition nécessaire

mais non suffisante pour assumer l'encadrement d'une équipe.

- les CHU n'ont pas suffisamment formé les professionnels de santé au management et la démographie des « chefs » est majoritairement dominée par les HU, hommes, 55/65 ans aujourd'hui,
- il existe peu de collaborations entre les CHU et les instituts universitaires de management.

Par conséquent, le management hospitalier doit s'adapter à des évolutions multifactorielles qui ont créé des tensions sur l'ensemble des EPS. Les évolutions du modèle confèrent aux managers hospitaliers, qu'ils soient médecins, pharmaciens, odontologues, directeurs, ou cadres une triple responsabilité : populationnelle, humaine et gestionnaire. Aujourd'hui, ces trois responsabilités ne sont pas assez conjuguées et partagées et des propositions doivent être émises afin de faire évoluer le modèle.

tuations conflictuelles, prévention des risques psychosociaux...). Les participants qui suivent le cursus ainsi que deux modules complémentaires et qui soutiennent avec succès leur mémoire, reçoivent un diplôme délivré par l'École des mines de Paris (brevet d'aptitude délivré par la Conférence des grandes écoles: le Badge). Chaque année, entre 75 et 100 praticiens suivent ce cursus de formation et, depuis la création de l'EMAMH, 1289 praticiens, 64 cadres supérieurs et 17 directeurs d'hôpital ont été formés. L'EMAMH jouit d'une bonne réputation au sein de la communauté médicale et reste une structure reconnue et unique en France. Un audit externe réalisé il y a quelques années a démontré l'efficacité de la formation en termes de compréhension et de partage

des enjeux entre les praticiens et les directions hospitalières ainsi qu'en termes de modification de la posture managériale vis-à-vis des équipes. Depuis trois ans, à la demande des administrateurs du groupement de coopération sanitaire des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (CGS HUGO), l'EMAMH est délocalisée au sein des CHU du Grand Ouest (CHU de Tours, Angers, Nantes, Rennes et Brest). Environ 22 praticiens suivent le cursus chaque année. Un comité pédagogique présidé par la directrice générale du CHU de Tours a été spécifiquement créé pour adapter le contenu de la formation aux besoins des établissements du CGS HUGO. En complément, l'EMAMH organise un master de management hospitalier en

partenariat avec l'EHESP, l'université Paris-Diderot et l'école du Val-de-Grâce ainsi qu'une formation aux sciences médicales pour les gestionnaires en santé. Ces dispositifs sont destinés plus spécifiquement aux cadres de santé et aux cadres administratifs en ce qui concerne le master, aux directeurs d'hôpital en ce qui concerne la formation aux sciences médicales.

L'ensemble du dispositif est piloté par un praticien de santé publique en lien avec la commission médicale d'établissement, les directions concernées (ressources humaines, soins et activités paramédicales, organisation médicale, relations avec les universités) et les différents partenaires.

3.3. PROPOSITIONS

PROPOSITION 3

Rénover l'exercice et les carrières en CHU en réaffirmant leurs spécificités

SOUS-PROPOSITION 3.1

Consolider une politique commune en matière de gestion des ressources humaines hospitalo-universitaires entre le CHU et l'université et mettre en place un système conjoint de planification pluriannuelle et de suivi portant sur les modalités d'exercice des différentes missions

Une commission mixte permettant la définition d'une stratégie conjointe et l'audition des candidats, proposés par les doyens de chaque UFR de santé à un emploi HU de rangs A ou B, pourrait être institutionnalisée au sein de chaque site. Cette commission mixte comprendrait les doyens des UFR de santé, le président de la CME et le directeur général du CHU ainsi que le président de l'université.

Il convient, au-delà de cette proposition, de reconnaître la vocation de tout praticien hospitalier à participer au cours de sa carrière à des activités de soin, d'enseignement et de recherche, et le cas échéant de management. En pratique, l'exercice de ces valences d'enseignement et de recherche devra donner lieu à contractualisation, en lien avec l'université.

SOUS-PROPOSITION 3.2

Repenser les métiers à l'hôpital et dans les formations en santé, tant pour le corps médical que pour les autres professionnels, par de nouveaux référentiels métiers, une réflexion conjointe CHU/université et des programmes de formation adaptés, utilisant les outils du numérique

Les progrès de la médecine sont constants et imposent à l'hôpital des adaptations continues. De nouveaux métiers apparaissant, la formation continue s'avère indispensable au maintien d'un bon niveau

de compétence. Cette proposition implique d'ouvrir le statut HU au-delà des seules carrières médicales. D'abord en ouvrant et homogénéisant les statuts entre médecine, pharmacie et odontologie¹⁶. L'intégration de la pharmacie au CHU doit être favorisée par la création de postes pérennes d'assistants hospitalo-universitaires et de praticiens hospitaliers universitaires, et celle de valences hospitalières pour des enseignants-chercheurs statutaires¹⁷. La situation particulière de l'odontologie devra être traitée, notamment par la transformation d'emplois à temps partiel vers des emplois temps plein (PH et PHU)¹⁸. Cela impliquera d'ouvrir ce statut aux autres professions médicales et aux professions paramédicales dans le cadre de leur universitarisation via le statut d'enseignant-chercheur dont les missions seront à préciser. Cette proposition implique également d'améliorer les conditions d'exercice du métier et de favoriser la mobilité des HU¹⁹. La mobilité post-nomination HU doit pouvoir être valorisée. Plus largement, il apparaît nécessaire d'engager une réflexion nationale visant à actualiser les référentiels métiers en prenant en compte les évolutions technologiques et organisationnelles à venir, en lien avec l'université, maître d'œuvre des formations diplômantes de demain.

SOUS-PROPOSITION 3.3

Créer une modularité d'exercice au long de la trajectoire professionnelle et assurant la prévention des risques psychosociaux

Il s'agit de prévoir et d'organiser l'évolution dans le temps de la part relative des activités de soins, d'enseignement, de recherche, de management, de responsabilités transversales. Le concept de « trajectoire »

16. I. Roussel, H. Sihmed, rapport conjoint IGAS/IGAENR, « Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évolution », juillet 2018, p. 49 : « Fusionner les six corps MCU-PH et PU-PH [...] et aligner les dispositions applicables ».

17. *Ibid.*, p. 52.

18. *Ibid.*, p. 53.

19. *Ibid.*, p. 121.

CINQ GRANDS AXES TRANSVERSAUX

AXE III - RÉAFFIRMER LA PLACE DES ACTEURS DE SANTÉ ET LE SENS DE LEUR MÉTIER

professionnelle pourrait être introduit et autoriser des voies aller-retour. La mobilité doit être favorisée. Il pourrait être envisagé de la rendre obligatoire au cours de la carrière, une fois le praticien nommé. Ces adaptations pourront être réalisées sous la gouvernance d'un projet validé par la structure d'exercice ou l'institution qui doit en prévoir le dimensionnement en ressources humaines et la contractualisation. Cette proposition implique, à nouveau, d'instaurer le principe d'une planification pluriannuelle portant sur les modalités d'exercice des trois missions. En complément, il pourrait être envisagé de mettre en place un suivi annuel de cette planification et d'associer à cette planification la possibilité d'une année internationale, avec un financement dédié.

Cette modularité implique de compléter les statuts HU à l'hôpital et notamment d'étendre le statut HU au-delà des filières médicales. Plus largement, le statut et le rôle des PH doivent être remis à plat autour d'un statut unique, d'une suppression du concours et des responsabilités nouvelles qui pourraient leur être confiées, notamment des responsabilités de service ou de pôle. Leur engagement universitaire doit faire l'objet d'une labellisation et d'une valorisation si on souhaite redonner de l'attractivité à ce statut – les missions de ces praticiens étant éminemment différentes selon qu'ils exercent dans un CHU ou un centre non universitaire. Une réflexion similaire pourrait être conduite pour les praticiens contractuels autour d'un statut unique, de garanties et d'un vivier de recrutement nouveau identifié.

Les « entretiens confraternels » du CHU de Montpellier

Le CHU de Montpellier expérimente, depuis 2017, un dispositif managérial à destination des professionnels médicaux, intitulé « entretiens confraternels ». Ce dispositif s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement du CHU, lequel inscrit comme prioritaire le développement d'une culture managériale favorable à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, à la qualité de vie au travail des praticiens ainsi qu'à l'attractivité des hôpitaux universitaires.

De manière concrète, ce projet vise à donner la possibilité à chaque médecin d'échanger, au moins une fois par an, avec son responsable hiérarchique direct (chef de service ou chef de pôle) sur ses conditions d'exercice. La prise en compte de la spécificité de l'exercice médical conduit à ce que l'entretien s'entende systématiquement dans le respect de la déontologie de chaque praticien et de son indépendance professionnelle, étant entendu que le médecin responsable d'une structure (équipe, département, pôle) a pour mission, entre autres, de coordonner l'équipe

médicale afin de mettre en œuvre le projet médical.

Grâce à un échange formalisé et confraternel, l'entretien poursuit ainsi quatre objectifs principaux :

- favoriser la meilleure adaptation possible des projets professionnels individuels au projet de la structure et, plus largement, de l'institution, favorisant ainsi l'attractivité de l'exercice médical au CHU de Montpellier ;
- promouvoir un management par la confiance et favoriser l'engagement des praticiens dans la réalisation du projet de service ;
- maintenir et renforcer la motivation des praticiens au sein de l'équipe, tout en renforçant le positionnement du chef d'équipe ;
- prévenir les risques psychosociaux, inhérents à l'activité médicale, considérée comme une activité à risques dans une organisation complexe.

Les praticiens concernés (responsable d'équipe et praticien bénéficiaire de l'entretien) disposent tous deux d'une grille

d'entretien type, formalisée et diffusée préalablement à l'entretien, lequel doit être programmé à l'avance pour une durée d'environ 1 heure. Une grande liberté est, pour l'heure, laissée aux professionnels dans la formalisation des échanges, notamment dans l'établissement d'un compte-rendu cosigné par les deux praticiens. Néanmoins, il leur est demandé de signer un document attestant du déroulement de l'entretien et de sa date.

Ce dispositif a été expérimenté dans deux pôles en 2017, à l'initiative d'un groupe consacré à l'attractivité de l'exercice médical au CHU, composé de praticiens représentant la CME et de la direction des affaires médicales, avec le soutien de la direction générale et de la présidence de la CME. Les premiers bilans tirés par les praticiens concernés (managers et « managés ») sont extrêmement positifs et conduisent le CHU de Montpellier à envisager la généralisation du dispositif à l'ensemble des pôles durant son projet d'établissement.

Tous les agents de l'hôpital doivent être visés par la réduction des RPS et la mise en place de dispositifs *ad hoc*. Cela peut passer par une systématisation du dispositif d'entretien annuel pour l'ensemble des professionnels, y compris médicaux, une meilleure organisation des dispositifs de médiation et de conciliation interne, préalables à toute démarche de médiation externe, et enfin la mise en place d'un dispositif de prévention et de détection des risques psychosociaux pour l'ensemble des professionnels.

SOUS-PROPOSITION 3.4

Améliorer la qualité du management par la formation, le processus de recrutement et l'évaluation

Il s'agit de préparer les professionnels de santé aux fonctions d'encadrement et d'animation des équipes. Ces fonctions de management doivent être confiées à des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, odontologistes) sélectionnés pour assurer ces responsabilités, volontaires, formés et évalués, quel que soit leur titre universitaire. Cette proposition peut être

mise en œuvre en s'appuyant sur l'introduction dans le cursus des études médicales, dès le deuxième cycle, de modules dispensés par des professionnels dont c'est le métier : connaissance de soi-même, reconnaissance des types de personnalité, principes de base du travail en équipe et en organisation et financement du système de santé français et modèles internationaux comparés.

Les responsabilités de management doivent être confiées après appel à candidature, être assorties d'un projet médical et managérial, être systématiquement accompagnées d'une formation d'environ 60 heures dans l'année qui suit la nomination, être évaluées et ne pas excéder plus de deux mandats de quatre ans pour un chef de service ou un chef de pôle. Ces responsabilités en retour doivent faire l'objet d'une valorisation financière, notamment pour les chefs de service qui, contrairement aux chefs de pôle, ne touchent aucune gratification pour l'exercice de cette responsabilité. Cette reconnaissance devrait être variable et attribuée en fonction d'une évaluation.

L'exemple de la commission de vie hospitalière du CHU de Tours

Le CHU de Tours a installé le 8 février 2018 sa commission de vie hospitalière (CVH), sous-commission de la CME.

Présidée par un PU-PH retraité, qui a bénéficié en 2017-2018 d'une formation au DU de médiation, elle est composée de représentants des personnels hospitalo-universitaires, hospitaliers, de sages-femmes, d'internes et d'étudiants. Elle a consacré une grande partie de ses travaux de l'année 2018 à la préparation du projet ressources humaines médicales 2019-2023, l'un des volets du projet d'établissement.

L'analyse du premier baromètre social réalisé auprès du corps médical en septembre 2017 a nourri ses travaux, de même que l'accueil de personnalités extérieures mettant en avant, systématiquement en début de CVH, leur expérience dans le domaine de la qualité de vie au travail.

Ce projet a été articulé avec celui conduit par la direction des ressources humaines pour le personnel non médical.

Trois sujets, tout à fait nouveaux pour le corps médical, en ressortent :

- le principe du recours à la conciliation et/ou à la médiation dans les situations de conflits interpersonnels,

- la mise en place de l'entretien annuel individuel,
- l'organisation d'une meilleure équité dans la construction des plannings au sein d'une même équipe médicale.

Ils s'ajoutent à ce qui a débuté à Tours depuis plusieurs années : l'accueil des nouveaux arrivants, la formation des trios de pôle, la formation des chefs de service dans des promotions EMAMH, commune avec celle d'autres chefs de service des CHU d'HUGO, sans oublier le recours au coaching.

Les mesures du plan « Ma santé 2022 » qui touchent à l'attractivité

- Création de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital.
- Recruter des étudiants de profils divers et leur permettre de s'orienter progressivement vers un métier : suppression du *numerus clausus* et refonte des premiers cycles des études en santé.
- Centrer les cursus sur l'acquisition de compétences et permettre à tous les étudiants d'acquérir le recul nécessaire à une constante évolution des techniques : réforme du 2^e cycle des études médicales et suppression de l'épreuve classante nationale (ECN) ; intégration de toutes les formations dans l'université, formation à la recherche et développement des formations aux pratiques avancées.
- Modernisation du statut de praticien hospitalier pour soutenir les carrières hospitalières par la création d'un statut unique de praticien hospitalier.
- Réforme des conditions de recours à l'emploi contractuel pour mieux répondre à certains besoins de temps médical, dans le cadre d'un contrat unique.
- Réforme statutaire afin d'ouvrir la possibilité d'exercice à temps non complet pour faciliter l'exercice mixte.
- Mise en place d'une réflexion spécifique sur les conditions d'emploi en seconde partie de carrière des professions paramédicales.
- Favoriser les mécanismes de reconnaissance collective et individuelle.
- Affirmer l'importance des fonctions d'encadrement et d'animation d'équipes professionnelles.
- Renforcer le leadership du président de CME et de l'équipe constituée autour de lui en le dotant des moyens nécessaires à l'exercice de sa fonction et en lui permettant d'entretenir et renforcer effectivement ses compétences managériales.
- Le développement des masters IPA et des protocoles de coopération ainsi que l'opportunité de l'« universitarisation » des formations paramédicales doivent également être pris en compte dans l'évolution des métiers médicaux.

Si ces mesures peuvent permettre, à de nombreux égards, de redynamiser l'exercice en CHU et les carrières hospitalières, accompagnées des mesures listées précédemment, elles se combineront efficacement. Il est en effet essentiel de retrouver un équilibre entre les acteurs à l'hôpital et d'éviter de faire peser la grande majorité des responsabilités sur des acteurs les concentrant. La planification des missions est l'un des outils qui s'accorderont le mieux avec les mesures du plan « Ma santé 2022 », en permettant de mieux identifier le temps médical dédié à l'établissement et le temps partagé dans le cadre de projets de territoire concertés à l'échelon local avec l'université, les facultés de santé, les CCTS et l'ensemble des partenaires du territoire.

Axe IV

CHU ET UNIVERSITÉ : COPILOTES DE LA TRANSFORMATION DES ÉTUDES DE SANTÉ

4.1. LE CONTEXTE UNE TRANSFORMATION INDISPENSABLE DE LA FORMATION DES MÉTIERS DE LA SANTÉ DANS LE PLAN « MA SANTÉ 2022 »

La formation des professionnels de santé en France est d'une qualité reconnue dans le monde entier. Elle est le reflet de l'excellence de notre médecine et d'une organisation qui, bien que complexe, permet l'acquisition de connaissances et de compétences sur le terrain dans nos établissements de santé.

L'université, par ses composantes santé, est responsable de cette formation initiale organisée en coordination avec les acteurs institutionnels que sont les hôpitaux et les agences régionales de santé (ARS), les réseaux de professionnels de santé, et ce afin de préparer nos étudiants à toutes les formes d'exercice. Le CHU est un terrain de stage par excellence, contribuant à l'apprentissage de l'exercice interprofessionnel.

L'université a également un rôle majeur à jouer dans la formation tout au long de la vie et le développement professionnel continu (DPC) pour le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences, pour l'amélioration des pratiques professionnelles.

Même si notre système garde de formidables capacités de formation, il doit impérativement se transformer pour faire face aux évolutions de notre société et aux

enjeux de la médecine de demain. C'est l'objectif fixé par le discours du président de la République, (18/09/2018) qui a annoncé la transformation de notre système de santé, et en particulier de la formation des métiers de la santé dans le plan « Ma santé 2022 ».

4.2. LES ENJEUX UNE SOCIÉTÉ ET UNE MÉDECINE QUI SE SONT TRANSFORMÉES

4.2.1. Il faut faire face aux besoins nouveaux de la société et de ses acteurs

- La société exprime des besoins de soins impliquant une forte charge médico-sociale, avec une vision du rapport à la mort, à la maladie et au handicap qui a beaucoup évolué.
- Les citoyens demandent à être pris en charge par des professionnels de santé bien formés, à leur écoute et capables de collaborer. Ils expriment également des besoins en matière de prévention et de promotion de la santé.
- Certains patients qui souffrent de pathologies plus chroniques et souvent multiples (comorbidité) demandent à participer à leur prise en charge, qu'ils souhaitent mieux coordonnée et plus ambulatoire. Les besoins sont également liés au vieillissement de la population et à l'accès à des médicaments innovants.

- Les acteurs de santé aspirent à une organisation des soins différente, moins cloisonnée, avec des conditions de travail et une reconnaissance donnant un sens nouveau à leur mission.
- Les jeunes qui s'engagent dans une formation de santé souhaitent un système équitable et performant qui assure leur formation initiale et au cours de la vie.
- La sophistication des compétences demande une formation spécifique qui va faire appel à de nouveaux outils numériques (simulation...), avec une IA compagnon de la formation.
- L'organisation des soins et de la pratique médicale va intégrer des objets connectés qu'il faudra apprendre à gérer dans une pratique de la télémédecine raisonnée et régulée permettant de décloisonner l'offre de soins.
- L'exercice professionnel doit se faire dans un souci accru de qualité et de « pertinence » en tenant compte de tous les paramètres, notamment médico-économiques. Cette pertinence repose fondamentalement sur une médecine EBM (*evidence-based-medicine*) mais de nombreux

4.2.2. Il faut faire face aux enjeux de la médecine de demain

- L'explosion des connaissances, exponentielle en volume et en dynamique d'acquisition, justifie le développement d'outils numériques et d'algorithmes d'intelligence artificielle (IA) qu'il faudra maîtriser pour améliorer encore la pertinence de prise en charge.

Télémédecine: des implications majeures dans la formation et la recherche universitaire

«**N**ous avons besoin de programmes qui enseignent les technologies de la santé connectée afin que les futurs médecins puissent mieux percevoir les besoins de leurs patients, les inégalités de soins dont ils peuvent être victimes et les corriger. Ils devront apprendre à communiquer entre eux et avec l'ensemble des professionnels de santé qui auront également en charge les patients» (S.K. Klasko, président de l'université Thomas Jefferson, Philadelphie, USA).

- Le changement de paradigme des pratiques et des organisations médicales (passant de la pathologie aiguë aux maladies chroniques et à une médecine de prévention) impose d'accompagner la formation des professionnels de santé, d'inventer des nouveaux métiers adaptés à la révolution de la santé connectée et de la télémédecine. Cette « rupture » avec la médecine du XX^e siècle justifie une évolution réactive

du cadre législatif et réglementaire de la télémédecine, mis en place en 2009-2010. L'accompagnement organisationnel, financier et juridique doit se réaliser dans les quatre domaines qui définissent la télémédecine: les avancées scientifiques des différentes disciplines médicales et paramédicales, les changements d'organisations professionnelles, les interactions avec la technologie et l'ingénierie, les sciences de l'homme revisitées (économie, juridique, sociologie, psychologie, philosophie, éthique...).

- La télémédecine, tout comme la télépharmacie, doit être un thème de recherche et d'innovation pluridisciplinaire majeur, à l'interface des mathématiques et de l'informatique, dont les résultantes, *big data*, *deep learning*, *blockchain*, sont de nouvelles notions intégrées au cœur des formations de tous les professionnels de santé utiles en télémédecine avec des objectifs opérationnels de plus en plus précis:

- en co-construisant l'algorithmique d'une IA provenant des données massives, notamment issues de la santé connectée (par exemple pour l'analyse automatique des données d'imagerie, d'anatomopathologie...),
- en proposant des plateformes d'ingénierie en santé pour faire converger la formation aux frontières des spécialités,
- en favorisant l'émergence des nouveaux métiers d'« interface » entre sciences de la vie et ingénierie, en facilitant les parcours multidisciplinaires (double cursus),
- en renforçant la formation aux sciences humaines (déontologie, éthique et relations humaines) dans un monde qui se « technicise » mais qui ne doit pas se déshumaniser.

Le CHU de demain doit être à la pointe de l'innovation numérique en intégrant la télémédecine dans les cursus de formation initiale et continue des futurs professionnels de santé.

domaines (maladies complexes, maladies rares, maladies émergentes technologies et thérapeutiques innovantes...) ne répondent pas, pour différentes raisons, à une logique d'EBM, ce qui nécessite de former les professionnels de santé à la gestion des risques, à l'incertitude et à la décision raisonnée, indispensable à un exercice de terrain.

- La médecine doit prendre une orientation qui sera de plus en plus préventive et prédictive, ce qui nécessite une organisation et des outils (grandes plateformes) s'appuyant sur une formation spécifique.
- L'évolution technologique et scientifique justifie de renforcer l'enseignement de l'éthique et de la déontologie pour que les professionnels de santé de demain en fassent le meilleur usage.
- L'évolution du monde nécessite une prise de conscience citoyenne des grands enjeux de demain comme les risques environnementaux et la précarité, en y répondant par un système adapté et solidaire qu'il faut enseigner, en s'appuyant notamment sur les sciences humaines et sociales.
- L'internationalisation a changé les règles du jeu, ouvrant le monde de la santé (soins, formation, recherche) à une compétition de plus en plus acharnée, avec des enjeux qui dépassent les aspects médicaux et économiques élémentaires, allant jusqu'à une vision hégémonique dans laquelle les données de santé sont stratégiques. Cette nouvelle donne doit être connue pour se prémunir des dérives.
- Dans un environnement de plus en plus complexe, la médecine de demain devra également prendre mieux en considération le travail en équipe, le management ainsi que la connaissance de l'organisation et du financement du système de santé.

4.2.3. Le CHU de demain doit être capable de répondre aux enjeux de la formation dans le cadre de sa responsabilité territoriale populationnelle, en lien avec l'université dans une gouvernance renouvelée

Le CHU de demain doit être capable de répondre aux enjeux de la formation dans le cadre de sa responsabilité territoriale populationnelle grâce à sa légitimité universitaire.

- **La nécessité d'une politique de formation ambitieuse**
Une politique visionnaire et volontariste doit être capable de rassembler tous les acteurs d'un territoire (hôpital public, privé, acteurs libéraux, ARS, collectivités, patients et citoyens) dans une même dynamique, sans clivage ou fragmentation qui pourraient nuire à la pertinence d'un système légitimement coordonné par l'université.
- Le CHU de demain, qui doit renforcer la synergie entre l'hôpital et l'université, devra contribuer à répondre pour les « 50 ans à venir » aux enjeux d'une formation de plus en plus complexe et pluriprofessionnelle en préfigurant les métiers de demain nécessaires pour assurer la transition numérique. H et U ont une légitimité majeure car l'université a la responsabilité de la formation initiale dans un écosystème multidisciplinaire, avec une forte synergie recherche et formation, et le CHU est le lieu d'apprentissage professionnel par excellence pour l'ensemble des professionnels de santé. Ainsi, le CHU de demain, dans une vision ouverte, décloisonnée et collaborative, devra assurer par des structures universitaires renforcées les formations qui prépareront à une médecine *prédictive, préventive, personnalisée, participative, pertinente et pluriprofessionnelle*.

■ Des missions d'enseignement reconnues et renforcées

Cette refonte dynamisante de la formation aux métiers de la santé doit se faire en affirmant l'importance de la mission d'enseignement des HU (statut qui devrait être partagé par l'ensemble des enseignants-chercheurs du CHU) et par la reconnaissance et la valorisation de la charge d'enseignement des non-HU comme les PH. Cette valence « formation » peut être un élément d'attractivité important pour les jeunes générations.

4.3. PROPOSITIONS

PROPOSITION 4

Instaurer une responsabilité partagée de la nouvelle gouvernance CHU/université en matière de politique territoriale de formation en santé

SOUS-PROPOSITION 4.1

Inciter les sites à formaliser les modalités de discussion

La stratégie de formation dans toutes ses dimensions (formation initiale et continue) justifie une réflexion commune, avec un plan d'actions qui doit permettre de mieux répondre aux besoins de l'offre de soins territoriale. Chaque établissement doit proposer une

UNESS.fr, une plateforme numérique de formation universitaire

- L'UNESS.fr anime la plus importante plateforme universitaire numérique de formation initiale dans le supérieur en France, avec plus de 240 000 étudiants et plus de 15 000 enseignants. L'UNESS rassemble toutes les universités de France en santé et sport (42) ainsi que la Conférence des présidents d'universités (depuis décembre 2017). Elle est par ailleurs soutenue par les deux ministères de tutelles, le MESRI et le MSS, et pilotée par les Conférences des doyens.
- Le groupement d'intérêt public UNESS.fr est reconnu, d'une part, comme opérateur national dans la réalisation des examens facultaires sur tablette (SIDES) mais aussi dans l'accompagnement numérique de la réforme du 3^e cycle des études médicales et pharmaceutiques, d'autre part comme un acteur concourant à la transformation pédagogique par le numérique, par exemple avec la Banque nationale d'entraînement (BNE), qui permet aux étudiants de médecine de s'entraîner pour les

épreuves classantes nationales (ECN) informatisées depuis 2016, ou encore la diffusion à grande échelle de l'enseignement inversé et la promotion de l'approche par compétences. Ces outils et cette dynamique nationale sont aujourd'hui plébiscités par une communauté de plus en plus large en France et de nombreux étudiants « hors France ».

- L'UNESS.fr propose un environnement d'outils et de fonctionnalités numériques innovantes permettant le partage de ressources numériques (Wiki-Sides pour le partage des référentiels de spécialités médicales du 2^e cycle), en faveur d'une dynamique nouvelle d'apprentissage des connaissances en santé. L'UNESS.fr concourt actuellement à mettre en place, à grande échelle, un e-portfolio par étudiant, vecteur technologique d'une approche par compétences. Cependant, l'UNESS.fr n'est pas que l'instrument de déploiement, de mutualisation et de coordination nationale des outils numériques. Il s'agit aussi d'un organe

de recherche et d'innovation en pédagogie avec, par exemple, des projets financés par l'ANR (DUNES SIDES 3.0, IDEFI SAMSEI) visant à mettre en place des services à haute valeur ajoutée, basés sur des technologies comme l'IA, le *big data* ou encore le *learning analytics*.

- L'UNESS a atteint un niveau de maturité important depuis sa création en 2004 et souhaite désormais poursuivre sa stratégie de développement par une dynamique de valorisation des actifs et du patrimoine constitué par les universités. C'est pourquoi le GIP engage prochainement la création de sa filiale comme structure d'excellence exportable à l'échelle internationale. Il s'agit de créer un vecteur agile pour soutenir la diffusion du savoir universitaire au travers d'un cadre numérique innovant. La filiale pourra aussi incarner le continuum attendu entre la formation initiale et la formation continue, ouvrant ainsi des perspectives nouvelles pour la communauté universitaire en santé dans une société en transformation.

organisation opérationnelle coordonnée par les doyens de santé, en collaboration avec le PCME, le DG du CHU et l'ensemble des acteurs de la formation, sur le périmètre d'action de chaque site.

SOUS-PROPOSITION 4.2

Identifier et faciliter l'émergence de nouveaux métiers ainsi que de nouveaux exercices qui généreront de nouvelles formations professionnalisantes

Les expériences de terrain, facilitées par l'universitarisation des métiers de la santé et par des doubles cursus inclus dans les réformes de la formation, devront permettre d'identifier de nouveaux métiers. Ces métiers donneront lieu à des nouvelles formations grâce au savoir-faire pédagogique de l'université.

Le CHU de demain doit être le lieu d'expérimentation de nouveaux métiers qui travailleront en particulier dans des plateformes territoriales. Cette expérimentation permettra d'en déterminer plus précisément les profils et les besoins qualitatifs et quantitatifs.

SOUS-PROPOSITION 4.3

Expérimenter de nouvelles pratiques à l'aide d'outils nouveaux (numériques notamment) mis à disposition dans une transformation de l'offre de formation tout au long de la vie

La formation tout au long de la vie est une nécessité pour tous les métiers mais plus encore pour ceux de la santé, avec des procédures de certification périodique comme cela est souhaité pour les médecins et d'autres professionnels de santé.

Cette formation « continue » comporte des domaines différents dont celui de la mise à niveau des connaissances et des compétences par des méthodes et des outils d'enseignement originaux (simulation, numérique).

Le CHU de demain, en lien avec l'université et dans le cadre d'une gouvernance renouvelée, est un des acteurs de la formation tout au long de la vie, car il est par définition un lieu d'innovation, de recherche et de progrès, qui doit proposer avec l'université un programme de formation continue original à même de maintenir les professionnels au meilleur niveau de pratique.

SimUSanté, le centre de simulation du CHU d'Amiens

Dédié à la recherche et à la formation initiale et tout au long de la vie, SimUSanté se développe sur 4000 m² implantés au cœur du pôle santé du CHU d'Amiens. C'est le plus grand pôle d'excellence européen dans le domaine de la pédagogie active et de la simulation en santé. L'objectif du centre est ambitieux : apprendre ensemble pour soigner ensemble.

- 51 espaces de simulation répartis sur trois étages dont un hôpital reconstitué et un quartier simulé (cabinet médical, pharmacie, domicile).
- 43 locaux équipés de capture audio/vidéo, en lien avec des espaces de débriefing sur site ou à distance.

- Près de 150 mannequins et simulateurs, dont 12 haute fidélité et 15 consoles de traitement de l'image.
- Une plateforme d'apprentissage et d'échange en ligne.
- Un espace ouvert au travail collaboratif avec les partenaires économiques.

Outil de formation professionnelle unique grâce à une mise en situation opérationnelle, SimUSanté s'adresse aux professionnels de santé et aux étudiants. Les techniques pédagogiques innovantes utilisées placent l'apprenant au cœur de son apprentissage et en situation de contextes professionnels authentiques. SimUSanté tient compte

des priorités de santé publique (handicap et dépendance, oncologie, maladies métaboliques et cardiovasculaires...). Ainsi, le centre offre des formations et des outils spécifiques à destination des aides à domicile, des aidants familiaux, des patients et des associations de patient pour favoriser le retour ou le maintien à domicile. Le regard porté sur les situations professionnelles et les demandes de soins est l'occasion d'analyser la pertinence des réponses et d'engager des visions prospectives sur l'évolution des pratiques et des parcours de soins. Le recours à la démarche de recherche est essentiel pour garantir le foisonnement d'idées et leur exploitation.

SOUS-PROPOSITION 4.4

**Expérimenter, mettre en œuvre et évaluer
les nouveaux outils numériques (plateforme,
simulation, intelligence artificielle)
pour transformer la formation en santé
tant médicale que paramédicale**

Le CHU de demain doit être un acteur majeur de la transition numérique en santé, à la fois dans son développement et son application. Cette métamorphose numérique justifie de créer, avec tous les acteurs, une *task force* numérique en santé pour chaque CHU, dans une logique territoriale et pluri-professionnelle. Il faut être capable d'avoir une vision collective pour construire des outils performants mais coûteux (investissement et développement) qui seront installés prioritairement dans quelques sites privilégiés.

- Les outils du numérique permettent de créer des outils pédagogiques comme des plateformes d'enseignement (*encadré UNESS p. 39*) et de simulation pluriprofessionnelles qui devront être partagées pour être efficaces. Le modèle économique de ces plateformes, qui peuvent être structurées en groupement d'intérêt économique (GIE), doit pouvoir bénéficier de ressources publiques et privées et générer des ressources propres (comme le préfigure le modèle de la filiale UNESS), car il y a un coût d'investissement et de maintenance considérable. Le CHU de demain a un rôle clé dans la dynamique numérique, car il permettra de contribuer, par des moyens humains et matériels, à une nouvelle pédagogie qui profitera à tous.
- Le numérique permet, par des outils nouveaux, le suivi et la collecte de données de santé («entrepôt de données»), qui pourront être analysées en masse de façon aléatoire et non aléatoire par une IA, avec des objectifs de soin et/ou de recherche et/ou de formation. En garantissant une utilisation éthique et déontologique, ces progrès, vraisemblablement

L'unité de simulation en chirurgie dentaire du CHU de Strasbourg

Le 25 septembre 2018, la faculté de chirurgie dentaire de l'université de Strasbourg a inauguré l'unité de simulation clinique et radiologique. Un dispositif unique en France qui permet aux étudiants de se confronter à une situation clinique en temps réel. Il s'agit d'un outil permettant de réaliser une formation progressive dans le cadre de la simulation clinique et radiologique. C'est un moyen performant d'articulation entre l'enseignement préclinique et l'enseignement clinique. La salle de travaux pratiques doit également répondre à la formation continue des professionnels, praticiens et prothésistes, et aux besoins d'innovation pour suivre l'évolution des technologies médicales de pointe. Dans une partie de la salle, un mannequin « haute fidélité » est installé sur un fauteuil. Il est muni de toutes les fonctions physiologiques et peut être piloté à distance par les formateurs, qui jouent ainsi le rôle du patient, voix comprise. Une autre partie de la salle est équipée de quatre fauteuils dentaires permettant de recréer un environnement et des situations de consultation réelles, notamment pour l'initiation à la radiologie clinique. Chaque séance de simulation est construite selon un programme et des objectifs pédagogiques préalablement définis. Un système d'enregistrement vidéo permet également de débriefer et d'analyser les situations vécues avec l'apprenant. C'est grâce à un financement sur un appel à projet IdEx et à un travail de collaboration avec la fondation de l'université de Strasbourg et le soutien de trois industriels – Gold conseil, NSK et Philips – que ce projet innovant a pu être mené efficacement par l'équipe de direction et les enseignants. Il répond aux objectifs d'excellence fixés par l'université, au travers notamment d'une formation et d'une recherche connectées au terrain.

très rapides, trouveront des applications diagnostiques et décisionnelles qui structureront une télé-médecine de demain qui sera pluriprofessionnelle. Cette métamorphose va nécessiter des moyens et des nouveaux métiers dont il faudra progressivement mieux caractériser les besoins (qualitatifs et quantitatifs). C'est un enjeu majeur, car si le concept d'IA en santé est bien compris, il n'y a pas suffisamment d'effort collectif pour dégager les moyens nécessaires dans un délai compétitif.

Le CHU de demain, en collaboration avec tous les partenaires d'un réseau e-santé interopérable, doit être un acteur majeur de développement, de l'application et de l'évaluation de l'IA et de la télémédecine. Le CHU de demain doit bénéficier de l'environnement universitaire qui met à disposition des compétences (métiers) et des outils (*data center*, plateformes, calculateurs...), ressources partagées à une échelle nationale, régionale ou territoriale qu'il convient de déterminer.

SOUS-PROPOSITION 4.5

Favoriser une formation précoce à la recherche, à l'innovation et à l'entrepreneuriat

Le CHU de demain doit avoir comme objectif de développer la recherche médicale dans toutes ses dimensions et avec tous ses partenaires.

Le CHU est un centre d'excellence, car il est le lieu de convergence d'une recherche centrée sur le patient. Le développement d'une politique de recherche médicale de site coordonnée par le CHU, en lien avec l'université et dans le cadre d'une gouvernance renouvelée avec celle-ci, associé aux autres établissements de santé de son territoire et/ou de sa région, en collaboration avec les EPST, les collectivités et les partenaires privés, a un sens majeur dans la compétition nationale et internationale. Le CHU doit être le moteur d'une recherche en réseau si besoin avec d'autres CHU pour les projets qui le

nécessitent. Cette politique de recherche implique de proposer une offre de formation avec trois orientations principales.

- Le CHU a développé, par ses structures supports (DRCI, URC, CIC...), une expertise dans le domaine de la recherche appliquée avec des compétences dans les missions de promotion, de pharmacovigilance et d'investigation en réseau au sein des GHT. La stratégie de recherche doit se mener avec d'autres établissements et structures de soins (comme les maisons universitaires pluriprofessionnelles) pour développer la recherche en territoire, notamment dans la thématique des soins premiers. Elle doit également s'ouvrir pour permettre des débouchés vers l'industrie et des possibilités de création d'entreprises (accès à des plateformes technologiques accompagnant la création de start-up).

Le CHU de demain doit également tirer profit de la richesse des universités pour développer une recherche en santé translationnelle et interdisciplinaire, enrichie par l'apport d'autres secteurs universitaires (droit, sciences humaines et sociales, mathématiques, data-sciences, bio-informatique, physique, chimie, ingénierie, etc.).

Le CHU de demain, en lien avec l'université, doit proposer une formation à la recherche appliquée, notamment « clinique », indispensable compte tenu de sa complexité et sa professionnalisation, et ce afin de constituer de véritables réseaux de recherche territoriaux.

- Le CHU de demain est un lieu de stage pour la recherche, ce qui implique que les structures comme les CIC et URC doivent pouvoir accueillir des étudiants en master et en thèse, avec des projets originaux de santé publique, d'épidémiologie ou d'autres thèmes d'intérêt reconnus par les écoles doctorales de l'université.

Le CHU de demain doit permettre d'assurer une recherche sur l'ensemble des produits de santé. Cela

implique la mise en place de plateformes de préparation/production de ces produits et le développement de compétences spécialisées s'appuyant sur des cursus masters/doctorats proposés par les universités.

Le CHU doit être un lieu de recherche reconnu et labélisé par l'université.

- Le CHU de demain doit participer, comme terrain de stage et comme cofinancier, à des initiatives de formation comme les années « Recherche » et les doubles cursus scientifiques, mais aussi dans le domaine des SHS.

Le CHU, aux côtés de l'université, doit être capable de proposer un plan d'action de formation à la recherche pour les étudiants en santé afin de construire l'élite de la recherche médicale française, mais aussi de transmettre plus largement une culture de la recherche qui devrait être partagée par les métiers de la santé.

SOUS-PROPOSITION 4.6

Le CHU de demain, en lien avec l'université, doit être l'emblème de la médecine française pour promouvoir la formation médicale à l'international par une offre diplômante et favoriser la mobilité des étudiants en santé

Avoir une vision internationale doit être une priorité pour notre formation mais aussi pour la promotion de notre modèle à la française. La réputation de notre médecine reste très forte, même si l'on assiste à une érosion de la confiance qu'ont les étrangers de notre système, car nous avons beaucoup de difficultés à promouvoir notre modèle de formation. La francophonie est un enjeu majeur, mais nous devons nous positionner sur le « marché » mondial de la formation médicale car nous avons des atouts importants.

- Dans ce sens, nous devons avoir une stratégie de groupe plus incisive, avec l'objectif de renforcer la

filiale CHU (H et U) pour promouvoir la formation médicale diplômante à l'étranger dans le monde francophone (en priorité) mais aussi anglophone. Le système DFMS/DFMSA, qui disparaîtra avec la réforme du 2^e cycle, doit être remplacé par un *fellows-hip* diplômant destiné à la formation de l'élite médicale des pays partenaires.

Le CHU de demain doit porter la promotion de la médecine française (soins, formation, recherche) à l'étranger dans une compétition aujourd'hui dominée par les pays anglo-saxons.

- Nous devons aussi avoir une plus grande connaissance des systèmes de santé, de formation et de recherche étrangers dont nous pouvons nous inspirer. Cette ouverture internationale doit se concrétiser par des échanges et des stages, afin de permettre, au cours de la formation de nos étudiants et des médecins du CHU, non seulement la création de réseaux indispensables à des collaborations futures mais aussi d'acquérir une vision critique et positive de notre système. Ainsi, une mobilité internationale qui devrait être fortement recommandée pourrait renforcer la citoyenneté européenne et universelle des métiers de la santé que nous formons. Le CHU de demain doit favoriser les échanges internationaux et les stages à l'étranger.

4.4. CLÉS DE RÉUSSITE

L'objectif est de répondre aux enjeux de demain, ce qui justifie la transformation de notre système de santé, en particulier de sa formation.

Pour réussir cette «révolution» de la formation en santé, il est nécessaire :

- de renforcer l'identité universitaire du CHU par un statut et une gouvernance spécifique qui lui permettra d'être, en responsabilités, le coordonnateur de la formation des métiers de la santé dans son territoire, en lien avec l'université et dans le cadre d'une gouvernance renouvelée,
- d'afficher une politique de formation ambitieuse coordonnée par l'université, en collaboration avec tous les acteurs pour préparer la transformation de l'offre de soins qui nécessite une collaboration hôpital/ville renouvelée,
- d'être capable d'identifier et de créer de nouveaux métiers de la santé nécessaires à la prise en charge de patients dans une logique de « parcours » en intégrant la révolution numérique,
- d'être capable de créer, d'expérimenter, de valider de nouveaux outils de la formation, en particulier numériques, qui devront être mutualisés pour certains,
- de déterminer des modes de financement nouveaux de ces outils numériques qui participeront au développement de la télémédecine et de la télépharmacie et d'applications diverses incluant une analyse par l'IA,
- de renforcer la synergie entre le soin, la recherche et l'innovation et la formation pour être capable de répondre avec réactivité aux évolutions médicales, scientifiques et organisationnelles, et de promouvoir la création de valeur ajoutée et en particulier par le soutien au bio-entrepreneuriat,
- de promouvoir une vision internationale en facilitant les mobilités et en proposant une offre diplômante de notre formation aux pays partenaires,
- de renforcer la sensibilité éthique et déontologique et une vision One Health qui sera déterminante pour préparer le monde de demain.

EN SYNTHÈSE

Le CHU de demain, en lien avec l'université et dans le cadre d'une gouvernance renouvelée, doit être un acteur majeur de la formation des métiers de la santé, via huit points clés :

- par son savoir-faire et sa légitimité universitaire qui ouvrent à de nombreux domaines de la santé,
- par sa vision intégrative mettant en synergie les soins, la prévention et la recherche avec la formation,
- par sa position de carrefour de l'expérimentation, de l'innovation et de l'évaluation,
- par sa participation à une meilleure garantie de la pertinence et des valeurs éthiques et déontologiques,
- par la qualité des outils complexes et coûteux qu'il peut mettre à disposition,
- par la compétence, la technicité et l'engagement de ses équipes et de son personnel soignant et non soignant,
- par sa capacité à expérimenter des modèles de fonctionnement pluriprofessionnels et à préfigurer les métiers de demain, notamment ceux de la transformation numérique,
- par son rayonnement en réseaux territoriaux, régionaux, nationaux et internationaux.

Axe V

CHU ET UNIVERSITÉ, MOTEURS ET ACCÉLÉRATEURS DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE MONDIALE ET DE L'INNOVATION

5.1. CONTEXTE

Il existe des constats de faiblesse dans l'organisation de la recherche biomédicale française.

Depuis la loi Debré de 1958, la proximité entre hôpitaux, universités et organismes nationaux de recherche a permis à la médecine française d'atteindre une qualité de soin unanimement reconnue, marquée par de brillantes réussites, scientifiques et thérapeutiques qui ont révolutionné la prise en charge des patients et donné à notre pays une forte visibilité internationale.

Pour autant, la période récente est marquée par des faiblesses préoccupantes, notamment une baisse d'attractivité de la mission recherche, plus particulièrement pour les jeunes médecins, une moindre lisibilité de la recherche biomédicale française dans le monde et une réduction de la recherche à promotion industrielle. Ces difficultés imposent des réponses rapides. Sont en effet en jeu la diffusion de l'innovation biomédicale pour la santé et le bien-être de nos concitoyens, le rayonnement international de la recherche biomédicale française et le dynamisme de nos industries de santé.

Au cœur de la réflexion, le fait que la recherche biomédicale française dépende d'opérateurs multiples avec lesquels elle reste trop cloisonnée dans la définition de ses stratégies et de son fonctionnement opérationnel : universités, hôpitaux (CHU, CLCC...), organismes nationaux de recherche (INSERM, CNRS, INRA, INRIA, CEA, IRD, Institut Pasteur...), industriels, agences (ANSES, Santé publique France...). **Si cette diversité est compréhensible**, car liée à la nature même de la recherche biomédicale (qui associe dans un continuum recherche fondamentale, recherche translationnelle, recherche clinique, recherche en soins premiers et recherche en santé publique), **elle a pour corollaire la nécessité d'une gouvernance fédératrice qui permette une mise en cohérence stratégique des opérateurs** dans le cadre de politiques lisibles et visibles à l'échelon de chaque site mais aussi aux niveaux national et international.

Force est de constater que l'organisation actuelle a atteint ses limites et qu'elle ne répond plus à ces exigences.

5.2. ENJEUX

Les instances de coordination et d'évaluation ne permettent pas un pilotage stratégique efficace.

Au niveau du site

- Le Comité de la recherche biomédicale et en santé publique (CRBSP) associe effectivement le CHU, l'université et les organismes nationaux de recherche concernés. Mais c'est une instance consultative et de coordination dont le fonctionnement est très contrasté selon les sites.
- L'évaluation de la recherche est fragmentée et mal coordonnée entre l'université, le CHU et les organismes nationaux de recherche.
- Les UMR ont pour tutelles les universités et/ou les organismes de recherche, mais les CHU n'y sont pas représentés alors qu'ils apportent des contributions humaines et matérielles substantielles.
- Sauf exception, la promotion d'études cliniques par les centres hospitaliers non universitaires contribue à diluer les financements par la multiplication de moyens structurels, peut s'avérer risquée (compte tenu des exigences réglementaires) et diluer la lisibilité d'une stratégie de site.
- Une politique partagée de valorisation avec les industriels du site et les différentes structures d'innovation de l'écosystème (SATT, pôles de compétitivité, collectivités territoriales...) n'est pas toujours affichée comme un élément prioritaire.

Au niveau interrégional

- Les groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) associent les CHU, mais les universités et les organismes de recherche n'y sont pas représentés. Le périmètre d'intervention des GIRCI est d'autre part restreint à la recherche clinique et n'associe pas suffisamment les partenaires industriels et les structures d'innovation.

Au niveau national

- L'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan) rassemble les organismes nationaux de recherche, les universités et les CHU. Mais les CHU sont absents de son bureau exécutif et aucun hospitalo-universitaire n'y est présent en qualité.
- Le Comité national de coordination de la recherche (CNCR) ne représente que les établissements de santé, alors qu'il assure une mission de coordination nationale de la recherche.

Au niveau international

- La définition d'une politique et les dispositifs incitatifs (mobilité, appels d'offres dédiés) permettant de positionner les CHU français par rapport à leurs partenaires européens, en phase avec le positionnement des universités, doivent être affirmés.

5.2.1. La programmation, l'organisation et le financement de la recherche sont fragmentés

- Cloisonnement des financements publics, qui dépendent de l'assurance maladie et du ministère des Solidarités et de la Santé (MSS) pour les hôpitaux, du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI) pour les universités et les organismes nationaux de recherche.
- Segmentation de la programmation (INCa pour la recherche sur le cancer, ANRS pour la recherche sur le SIDA et les hépatites, DGOS pour le PHRC national, PHRIIP PREPS PRME mais ANR pour le PRTS).
- Absence de vision consolidée des moyens au niveau national entre les deux ministères et entre opérateurs au niveau local.
- Modifications progressives des règles de financement entre établissements de santé au détriment des CHU, ce qui se traduit par une dispersion

CINQ GRANDS AXES TRANSVERSAUX

AXE V - CHU ET UNIVERSITÉ, MOTEURS ET ACCÉLÉRATEURS DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE MONDIALE ET DE L'INNOVATION

des crédits sans proportion avec la réalité de l'effort de recherche et des moyens qu'y consacrent les établissements.

- Absence de politique mutualisée des moyens techniques et humains (plateformes technologiques, ressources biologiques) entre le CHU, l'université et les EPST.
- Cloisonnement de la recherche vis-à-vis des industriels : pas de possibilité de stages des internes/professionnels de santé au sein des industries de santé, pas de politique de mutualisation des plateformes technologiques innovantes coûteuses implantées dans le CHU et les universités, pas de politique de valorisation des collections biologiques, pas de réelle politique facilitant les projets partagés.

5.2.2. Les structures de valorisation ne permettent pas une politique partagée

Chaque opérateur s'appuie souvent sur des structures de valorisation qui lui sont propres. Cette situation met en concurrence les dispositifs existants. Plus spécifiquement, les CHU ne sont pas partenaires des SATT. Par conséquent, ils ne peuvent pas toujours bénéficier de l'expertise de ces dernières pour professionnaliser et optimiser la maturation et la valorisation de leur recherche.

5.2.3. Le financement de la recherche translationnelle française est insuffisant

Dans ce paysage fragmenté, la recherche translationnelle, à l'interface de la recherche fondamentale financée par l'ANR (et donc principalement le MESRI) et de la recherche clinique financée par le PHRC (et donc le MSS), souffre d'un déficit de financement.

5.2.4. La perte d'attractivité de la recherche

La fragmentation du temps de travail entre les différentes missions (soin/recherche/enseignement/management et gestion) se fait souvent au détriment de la recherche, ce qui explique en partie la perte d'attractivité des jeunes pour le CHU.

Le CHU a besoin de s'enrichir de nouveaux profils de compétences, plus interdisciplinaires, provenant de champs diversifiés, indispensables pour dynamiser la recherche et l'innovation. Ces profils peuvent être apportés par des pharmaciens, amenant une expertise sur la physico-chimie, la bio-ingénierie et les médicaments de thérapies innovantes, mais aussi par les professions paramédicales et par enseignants-chercheurs issus de disciplines plus fondamentales (mathématiques, data-sciences, biomatériaux...) et également par des profils venant des sciences humaines et sociales.

Face au manque d'attractivité de la recherche au CHU, il n'existe pas suffisamment de politique de communication auprès du grand public et des partenaires privés sur le potentiel important que représentent le CHU et l'université comme levier de l'innovation et de l'esprit d'entreprise. Il est donc prioritaire de mettre en place des actions de sensibilisation précoce des jeunes étudiants, des industriels et du grand public sur les missions d'innovation et de valorisation du CHU et de son potentiel en termes de partenariat et d'entrepreneuriat au sein du CHU.

5.3. PROPOSITIONS

PROPOSITION 5

**CHU et universités :
moteurs et accélérateurs de la recherche
biomédicale mondiale et de l'innovation**

En réponse aux limites identifiées *supra*, la mission formule cinq propositions pour renforcer le lien entre les acteurs et la cohérence stratégique d'ensemble.

Au niveau du site hospitalo-universitaire

SOUS-PROPOSITION 5.1

**Faire du CRBSP une instance stratégique
CHU/université qui définit, à l'échelle
de chaque CHU, des thématiques
« différenciantes » à rayonnement national
et international, en cohérence avec les EPST
et en lien avec les acteurs économiques locaux**

Cette proposition vise à renforcer le rôle du CRBSP en lui confiant la pleine responsabilité de l'élaboration d'une stratégie partagée au niveau du site hospitalo-universitaire (ou du campus selon les situations territoriales). Il conviendra de redéfinir la composition du CRBSP et de préciser son rôle, qui doit être renforcé sans toutefois interférer avec les instances de ses membres. Il conviendra également de réfléchir à l'opportunité d'un fonctionnement en deux cercles à deux niveaux, l'un restreint au CHU et CLCC, à l'université et aux écoles, et aux EPST du site, l'autre élargi aux acteurs sanitaires (GHT, représentants de la médecine de ville impliqués dans des activités de recherche), aux collectivités (région, métropole) et aux acteurs économiques (industriels, pôles de compétitivité, BPI, CDC...). Les modalités de désignation et les prérogatives de président du CRBSP (qui devraient être élargies et bien définies) devront également être précisées.

SOUS-PROPOSITION 5.2

**Mettre en place une évaluation externe
de la recherche des CHU par le HCERES,
synchronisée avec celle de l'université,
et selon un référentiel couvrant la production
et l'organisation de la recherche**

Il s'agit d'une proposition clé. La synchronisation de l'évaluation des activités de recherche du CHU et de son université de rattachement par le HCERES, au cours d'une même mission, sera un puissant levier pour mener à une stratégie conjointe en matière de recherche biomédicale. Cette proposition impose l'élaboration préalable d'un référentiel partagé par tous les opérateurs institutionnels. Le CRBSP étant investi de l'élaboration de la stratégie biomédicale du site (*sous-proposition 5.1*) il devra être évalué dans le même temps.

SOUS-PROPOSITION 5.3

**Imposer une information mutuelle complète
sur les moyens mis à disposition entre les
partenaires dès lors qu'on est dans une politique
partagée entre CHU, université et EPST,
permettant d'aligner l'allocation des ressources
à la stratégie portée conjointement**

L'absence d'information mutuelle et de consolidation des moyens (financiers, humains, en équipements et patrimoine) engagés par les acteurs de la recherche biomédicale du site est un obstacle à l'élaboration d'une politique partagée. Les opérateurs du site doivent s'engager à élaborer et partager des documents et tableaux de bord de suivi des moyens et financements mobilisés. Le CRBSP a vocation à être l'instance de partage de ces informations.

Cette politique de transparence peut permettre, une fois les dotations respectives mises à plat et partagées, de construire entre le CHU, l'université et les

CINQ GRANDS AXES TRANSVERSAUX

AXE V - CHU ET UNIVERSITÉ, MOTEURS ET ACCÉLÉRATEURS DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE MONDIALE ET DE L'INNOVATION

EPST (dans le cadre d'un nouveau CRBMSP décisionnaire, *sous-proposition 5.1*) une politique attractive par la formation et par la recherche d'un vivier d'étudiants en santé (financements de M2, année recherche, filière MD ou PharmD, PhD...), et par la mise à disposition d'outils tels que les contrats hospitaliers de recherche translationnelle,

Au niveau interrégional

SOUS-PROPOSITION 5.4

Mettre en cohérence les politiques de recherche biomédicale des sites dans le cadre d'un forum des CRBSP de l'interrégion, associant les acteurs du secteur privé, les collectivités territoriales (dont les régions) et les pôles de compétitivité

Il est pertinent de promouvoir la recherche translationnelle à l'échelle interrégionale. Toutefois, afin de ne pas multiplier les structures, les CRBSP – regroupant les universités, les EPST et les CHU – pourraient se réunir à une fréquence restant à déterminer pour coordonner et mettre en œuvre les programmes.

Cette mise en relation à l'échelon interrégionale peut permettre d'investir conjointement dans la création de bases de données en santé et de promouvoir leur utilisation large pour des études de santé publique.

Il est également pertinent d'associer les acteurs économiques par la mise en place d'accords type accords-cadres et conventions, afin de mutualiser des plateformes technologiques innovantes coûteuses implantées dans les CHU et les universités, de valoriser des collections biologiques et de venir en soutien financier sur des programmes de recherche stratégiques définis de façon conjointe entre industriels, universités et CHU.

Au niveau national

SOUS-PROPOSITION 5.5

Mettre en place une instance nationale en charge d'une gouvernance de la recherche biomédicale, partagée entre l'ensemble des acteurs (définition des priorités stratégiques, coordination de la programmation, consolidation des moyens engagés...)

L'absence de gouvernance nationale porte préjudice à la cohérence stratégique de la recherche biomédicale française et à son rayonnement international. Une instance associant tous les acteurs du secteur et en charge de la définition des priorités scientifiques et de la cohérence d'ensemble de la programmation est nécessaire. Aviesan, par sa transversalité, a vocation à être cette instance. Il conviendrait alors de redéfinir sa composition et d'en préciser les nouvelles missions. Pour assurer une parfaite représentativité d'Aviesan et lui permettre d'assurer ces missions élargies, le bureau exécutif devrait intégrer une représentation des CHU et du CNCR. C'est l'occasion de revoir le portage du CNCR qui pourrait être étendu aux autres Conférences de doyens mais surtout à la CPU. De même, les règles de gouvernance interne de l'alliance devraient être revues pour permettre une alternance à sa présidence.

Pour enrichir et dynamiser la recherche biomédicale et l'innovation, cette instance doit faire émerger de nouveaux profils interdisciplinaires (data-sciences, bio-ingénierie, pharmacie clinique, numérique, bio-informatique, intelligence artificielle, physique, chimie, santé publique, droit et éthique...) qui nécessiteront la définition de référentiels métiers nationaux.

SOUS-PROPOSITION 5.6

Renforcer les programmes existants pour la recherche translationnelle, notamment le programme de recherche translationnelle en santé (PRTS), le programme RHU et les contrats hospitaliers de recherche translationnelle (programmation et consolidation des moyens engagés)

Le renforcement de la recherche translationnelle française est indispensable à la diffusion de l'innovation biomédicale au service de la santé des citoyens et de la compétitivité internationale des industries biomédicales et de santé. Ce renforcement du soutien à la recherche translationnelle ne devra pas se faire aux dépens des financements des autres volets du continuum de la recherche biomédicale (recherche clinique, recherche fondamentale, recherche en santé publique, recherche en soins premiers). Permettre aux programmes de dépasser le seul cadre national nécessitera de positionner et d'accompagner le réseau des CHU, en soutenant ses développements à l'échelle européenne ou internationale.

Conclusion

LE « CHU DE DEMAIN » C'EST L'AFFAIRE DE TOUS!

La mission CHU de demain s'est attachée à proposer des réformes englobant un spectre large d'enjeux auxquels les établissements hospitalo-universitaires sont aujourd'hui confrontés. Ces réformes ne sont pas l'apanage d'un groupe expert de ces questions, bien au contraire. **La réforme proposée est avant tout une réforme pour le patient et l'utilisateur des CHU**, autour d'une gradation des soins sur tout le territoire en quatre niveaux. La mise en place d'un principe de subsidiarité à tous les niveaux a pour objectif de répondre aux enjeux d'inégalité territoriale de l'offre de soins et d'apporter un service équitable à l'ensemble des populations. Ce dispositif de gradation permettra de mieux identifier les établissements de recours et de référence pour la prise en charge des cas les plus complexes. Véritable « GPS sanitaire », l'organisation territoriale de l'offre de soins doit fournir aux patients les balises nécessaires à son intégration dans un parcours de soins adapté au niveau de sa pathologie et à ses besoins propres. De façon plus large, les évolutions suggérées par notre mission doivent permettre au patient, en tant qu'acteur et citoyen, non seulement de bénéficier d'un accès facilité à l'innovation par le rôle réaffirmé du CHU mais également de devenir lui-même un des rouages essentiels de ce dispositif. Cela passe par la mise en place d'évaluations de la qualité des parcours systématiques. Réaffirmer le rôle du CHU dans la formation et la recherche passera de fait par un positionnement du patient-acteur en tant que formateur des jeunes étudiants en santé, médecins et non mé-

decins et une implication dans la recherche clinique lui offrant un accès privilégié à l'innovation. En un mot, il s'agit de faire coïncider les parcours de santé – y compris en matière de prévention – les parcours de formation, les parcours de recherche clinique et les parcours d'innovation et de santé publique.

Les professionnels de santé doivent ensuite, par le biais de cette réforme, connaître une évolution majeure de l'exercice de leur métier. En élargissant l'entrée « santé » à toutes les composantes de l'université, en commençant par le CHU et en élargissant ensuite à toutes les structures de la subdivision, on doit permettre d'introduire un choc de créativité et de modifier en profondeur le profil de ceux qui exercent à l'hôpital, en diversifiant les profils et en fluidifiant les relations et complémentarités entre parcours universitaires et professionnels. La recherche d'aujourd'hui construira les métiers de demain et les CHU, avec les universités, doivent être un lieu privilégié de réflexion et de constitution de nouveaux référentiels pour l'avenir. Le décloisonnement des métiers, du début des études jusqu'à l'exercice des professionnels de terrain, est l'enjeu majeur de cet axe de réforme. Cette réflexion passera par une meilleure organisation des parcours, tant intra qu'extra-hospitaliers, et une plus grande pluridisciplinarité de tous les acteurs de santé. À ce titre, les expérimentations, comme l'initiative citoyenne de service sanitaire ou l'esprit des réformes du deuxième cycle (R2C) et du troisième cycle (R3C), peuvent constituer des exemples à poursuivre et à

amplifier. Le décroisement passera par ailleurs par des formations transversales (initiale et continue) et par une meilleure connaissance de problématiques d'essence pluriprofessionnelles et faisant entrer en jeu de nombreuses disciplines : le handicap, la personne âgée, les enjeux de santé publique ou encore l'environnement social et économique et ses liens avec la santé humaine. Ces évolutions doivent être adossées à une démarche territoriale coordonnée (en non-concurrence) entre CHU et université, dans un cadre de gouvernance renouvelé, pouvant associer les EPST, les collectivités territoriales et les acteurs du monde économique. Il ne fait guère de doute que les GHT seront un lieu privilégié de mise en commun et de mutualisation en la matière. Enfin, penser la place des professionnels à l'hôpital impose de s'attaquer à la question de l'attractivité médicale, qu'il s'agisse du début des carrières des jeunes praticiens ou d'une vision plus globale sur l'ensemble des spécialités, souvent en concurrence. La modification du concept même de ressources humaines médicales, en y associant pleinement les PCME et les facultés, semble inévitable si l'on souhaite traiter ce sujet. Les évolutions sociologiques et organisationnelles imposent de réviser le cadre des responsabilités et formations managériales pour en faire un vrai levier de la qualité de vie au travail des professionnels.

Ces évolutions, qui auront un impact direct sur ceux qui font vivre et éprouvent le CHU au quotidien, impacteront aussi trois dimensions fondamentales du CHU : son assise territoriale, sa place dans la recherche et l'innovation, son positionnement à l'échelle nationale et stratégique.

Les enjeux identifiés par ce rapport mettent en lumière **les difficultés d'une structuration cohérente du territoire, pourtant indispensable**. Cette notion polymorphe et à la définition complexe renvoie à des cartes territoriales très différentes selon le critère retenu et la présentation des données. L'impact éco-

nomique des CHU sur leur territoire est considérable, tout comme celui des universités dans le panorama local de leurs communes d'implantation. L'ensemble des études conduites notamment par les chambres de commerce et d'industrie font état d'un poids économique deux à trois fois supérieur au budget global des CHU, lesquels sont systématiquement le premier employeur de leur département. Face à ce poids, il s'impose de revoir les parcours de santé autour de quatre niveaux et de mieux valoriser la fonction d'ultra-recours des CHU et de prise en charge des cas les plus complexes. Cela passera notamment par un travail conjoint entre le CHU et l'université, visant à développer des réseaux et des labels CHU et à mieux valoriser les missions effectuées par les personnels notamment médicaux des CHU, en matière de recherche et de formation. Une contractualisation permettra à l'avenir de mieux planifier l'exercice des trois voire quatre missions dans les CHU. Si cet exercice doit être simultané au sein de l'établissement, il doit être mieux réparti entre les différents acteurs et ne pas se polariser uniquement autour de PU-PH cumulant souvent ces missions avec la chefferie d'un service ou d'un pôle et des responsabilités institutionnelles multiples.

Réformer le modèle CHU constitue une vraie opportunité de **réorganiser la recherche et de développer l'innovation médicale en France**. En renforçant le rôle des CRBMSP, en mettant en phase les évaluations extérieures entre CHU et université et en développant des outils de dynamisation, de la recherche translationnelle, les CHU peuvent se ressaisir de leur rôle moteur dans ce domaine. Les acteurs de la mission ont souhaité insister sur ce travail de mise en commun des stratégies et de leurs outils de planification afin de bâtir, lorsque ce n'est pas encore le cas, de véritables stratégies partagées. Cet effort doit s'accompagner d'une réflexion sur la meilleure promotion et réactivité pour les essais cliniques, afin de faire revenir

la recherche et le développement de certaines firmes sur le territoire français. La plupart des CHU ont engagé des démarches innovantes vis-à-vis de partenaires industriels majeurs. Ces initiatives doivent être facilitées et mieux valorisées afin de positionner les CHU au cœur de développement économique en matière de recherche médicale en France.

L'ensemble de ces réformes **permettra une lisibilité nouvelle et collective des forces des CHU et des universités, notamment grâce à l'appui indispensable des élus, des ministères et des partenaires académiques.** La concertation avec ces acteurs doit être facilitée par la création d'une Conférence nationale des CHU, présidée par les deux ministres de tutelle en présence des EPST et des autres acteurs publics essentiels (Secrétariat général pour l'investissement - SGPI, notamment). La refonte de l'association CHU/université par une voie législative, que les pouvoirs publics devront définir, renforcera la visibilité des établissements. La mise en place de principes de codécision renforcera le poids et l'acceptabilité de ces dernières. Cette mise en concertation et cette visibilité renouvelée doivent permettre aux CHU de proposer une réponse à une demande légitime : la transformation de leur modèle économique, qui passe notamment par une sanctuarisation pluriannuelle du financement recherche/innovation/enseignement et une re-dotation pour les activités de recours.

Il existe aujourd'hui, au travers de ces propositions, **une opportunité dont tout un chacun peut se saisir** afin de bâtir le futur d'un modèle dont l'excellence et le rôle moteur dans le système de santé ne sont plus à prouver. Nous appelons de nos vœux des réformes permettant la réalisation d'une transformation en profondeur du modèle que son père fondateur Robert Debré appelait dès 1973 :

« [...] Je pense qu'il faut faire une révolution. Vous allez tâcher d'avancer, quelque peu, et vous ferez du très bon travail parce que si les réformes partielles

sont importantes, capitales, elles préparent seulement les réformes générales. Donc votre effort ne sera pas vain, celui que vous avez fait jusqu'à présent n'a pas été vain, et celui que vous allez continuer ne le sera pas non plus. Il faut toute une série de réformes locales, partielles, individuelles, personnelles, régionales, nationales sûrement... Mais pour que soit réalisé ce qui est dans le fond de votre pensée et ce qui est dans le fond de votre doctrine, il faut une réalisation tranchant absolument avec la situation actuelle. »

Discours prononcé à Rennes en 1973 et cité dans les extraits des Actes du colloque de Caen du 9 et 10 décembre 1996, « La Réforme Debré, un tiers de siècles après ». Disponible sur <https://www.CHU-toulouse.fr/IMG/pdf/debre.pdf>, dernière consultation le 25 juillet 2018.

Rapport

LE CHU DE DEMAIN

SYMBIOSE, CRÉATIVITÉ
ET EXCELLENCE

DÉCEMBRE 2018

héral



CHU FRANCE
DIRECTEURS GÉNÉRAUX



CME
CHU
Commission Médicale d'Établissement
CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

Conférence des Doyens
des facultés de Médecine



Conférence des Doyens
des Facultés de Pharmacie de France



SU
CONFÉRENCE
DES PRÉSIDENTS
UNIVERSITÉ