

« PLAN HOPITAL 2007 »

Mission relative aux Spécificités des CHU

« RESTAURER L'ATTRACTIVITE DES CHU
ET LEUR PARTENARIAT AVEC
LE MONDE DE LA SANTE ET L'UNIVERSITE »

DOMINIQUE DUCASSOU : Professeur des Universités – Praticien hospitalier
Chef du Service de Médecine Nucléaire
C.H.U de BORDEAUX

DANIEL JAECK : Professeur des Universités – Praticien hospitalier
Chef du Service de Chirurgie Générale, Hépatique et Endocrinienne
Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

BENOIT LECLERCQ : Directeur Général
CHU de NANCY

AVRIL 2003

SOMMAIRE

PAGES

I – LES GRANDS AXES DE LA MISSION	3
II – PRESENTATION DES C.H.U. ET DES FACULTES DE MEDECINE ET D'ODONTOLOGIE	4
A – Les CHU dans le paysage national hospitalier	4
B – Les facultés de médecine	8
C – Les facultés d'odontologie	10
III – METHODOLOGIE ET DEROULEMENT DE LA MISSION	11
IV – LE CONSTAT	11
A – Des liens avec l'université peu lisibles	12
1) Des conventions non actualisées	12
2) Un enseignement insuffisamment intégré	12
3) Une valorisation des résultats de la recherche en lente progression	13
B – Des activités stratégiques qui pâttissent de l'évolution des moyens humains et financiers	14
1) Des choix opérés au détriment des missions universitaires	14
2) Des statuts multiples et rigides	15
3) Une absence de culture d'évaluation	16
4) Un financement des établissements publics de santé par une dotation globale qui a fait la preuve de ses limites	17
C – Un statut et une organisation interne inadapés	17
D – Un environnement complexe	18
1) Des ARH éloignées des spécificités du CHU	18
2) Une faiblesse des relations avec les autres établissements de soins, les professionnels de santé et les collectivités territoriales	19
3) Une réalité européenne et des actions de coopérations internationales non prises en considération	19
V – PROPOSITIONS	21
A – Clarification des relations CHU – Université	21
1) Des conventions relatives aux structures et aux modalités de fonctionnement des CHU	21
2) La 1 ^{ère} année des études pour les professions de santé	21
3) Le 2 ^{ème} cycle des études médicales	22
4) Le 3 ^{ème} cycle des études médicales	23
5) Le post-internat	24
6) La recherche	26
7) Les relations internationales	28

B – Des statuts et une organisation assouplis et renouvelés	29
1) Le statut du CHU	29
2) Les emplois	30
C – La gouvernance	33
1) Les instances	34
2) Les pôles d'activités	35
D – Le CHU dans son environnement	37
1) La décentralisation	37
2) La coopération interhospitalière régionale et interrégionale	38
3) Les modalités de financement des Hôpitaux	41
VI – CONTRACTUALISATIONS	44
A – La contractualisation dans le domaine des soins	46
B – La contractualisation associant le Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche au Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées	47

I - LES GRANDS AXES DE LA MISSION

Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées et Monsieur Luc FERRY, Ministre de la Jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche, ont chargé notre mission d'établir des propositions visant à la modernisation des CHU pour améliorer leur performance.

Ces propositions devront s'articuler sur l'application aux CHU des dispositions visant à l'allègement des contraintes extérieures ainsi qu'à la modernisation de la gestion interne des hôpitaux.

Mais la mission doit également identifier les déterminants propres à la mission universitaire développée au sein du CHU et proposer les modalités d'organisation et de gestion qui préservent, à côté de la mission de soin, celle de la recherche et de la formation (enjeu important au regard du nombre de plus en plus important d'étudiants à former).

Par ailleurs, notre mission doit proposer de nouvelles modalités de gouvernance jusqu'au sein de pôles d'activités permettant l'exercice intégré de responsabilités médicales, universitaires et administratives.

De plus, il convient d'étudier des stratégies permettant aux CHU de développer leur capacité d'*innovation* et de *formation*, de mieux évaluer les charges d'*enseignement et de recherche* pour pouvoir assurer leur *financement*, de restaurer l'attractivité des CHU et de développer les partenariats tant dans le monde de la santé qu'avec l'université.

II - PRESENTATION DES CHU ET DES FACULTES DE MEDECINE ET D'ODONTOLOGIE

A. LES CHU DANS LE PAYSAGE HOSPITALIER NATIONAL

- Il y a en France 29 CHU (deux sont d'outre-mer : Fort de France et Pointe à Pitre)
- 3 appartiennent à la région Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon, St Etienne)
- 4 régions ont chacune 2 CHU
 - *Bretagne* : Brest et Rennes
 - *Languedoc Roussillon* : Montpellier et Nîmes
 - *Pays de Loire* : Angers et Nantes
 - *Provence – Côte d'Azur* : Marseille et Nice
- 16 CHU sont seuls dans leur région :
 - *Alsace* : Strasbourg,
 - *Aquitaine* : Bordeaux
 - *Auvergne* : Clermont-Ferrand
 - *Bourgogne* : Dijon
 - *Centre* : Tours
 - *Champagne–Ardenne* : Reims
 - *Franche-Comté* : Besançon
 - *Ile-de-France* : Paris
 - *Limousin* : Limoges
 - *Lorraine* : Nancy
 - *Midi-pyrénées* : Toulouse
 - *Nord–Pas de Calais* : Lille
 - *Normandie* (basse) : Caen
 - *Normandie* (haute) : Rouen
 - *Picardie* : Amiens
 - *Poitou-Charentes* : Poitiers

L'implantation des CHU



Le paysage hospitalier et universitaire doit prendre en compte l'existence de 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC). En effet, bien que ne relevant pas des CHU, ils ont pour la plupart une mission hospitalo-universitaire qui doit être signalée.

Les CLCC sont au nombre de 20, répartis dans 16 régions dont trois en Ile-de-France, puis un à Lille, Rouen, Caen, Rennes, Reims, Nancy, Strasbourg, Dijon, Lyon, Clermont-Ferrand, Marseille, Nice, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Nantes et Angers.

Les CHU représentent 35 % de la capacité hospitalière en lits et places, 33 % des budgets de fonctionnement, accueillent 2 700 000 patients/an en hospitalisation et emploient 275 000 personnes.

Les 29 CHU se caractérisent par une grande dispersion en terme de taille, du plus grand (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, avec un budget annuel de plus de 5 milliards d’Euros) au plus petit (CHU de Pointe-à-Pitre, avec un budget annuel de 0,2 milliard d’Euros).

De plus, leur structure en terme d’activités médicales varie fortement d’un CHU à l’autre. La proportion de lits de soins de suite et réadaptation (SSR), de psychiatrie et de soins de longue durée (SLD) peut varier : certains CHU n’ont pas de capacités en SSR, ou très peu, de même pour les SLD ou la psychiatrie et inversement.

Le tableau ci-après situe les CHU à partir de cinq critères.

CHU FRANÇAIS – quelques chiffres

	LITS	Points ISA en milliers de points	EFFECTIFS F.P.H.	Personnel Médical Hospitalier (non HU)	Compte Administratif en milliards de francs
AMIENS	1693	96 500	4013	229	1,946
ANGERS	1489	99 021	3818	154	1,701
BESANCON	1276	100 893	3299	183	1,673
BORDEAUX	3418	233 853	10186	311	4,225
BREST	2107	86 330	3857	191	1,776
CAEN	1879	109 918	4887	204	2,146
CLERMONT FERRAND	2052	108 313	5410	235	2,183
DIJON	1637	92 634	4221	216	1,859
FORT DE France	1311	52 661	2544	197	-
GRENOBLE	2204	123 655	5365	234	2,475
LILLE	2989	184 242	8514	511	4,060
LIMOGES	2118	103 250	4074	503	1,850
LYON	6033	337 448	16 387	809	7,786
MARSEILLE	3827	248 082	11713	306	5,773
MONTPELLIER	2922	155 242	6957	299	3,412
NANCY	2342	149 614	7236	204	3,031
NANTES	3275	140 906	7311	328	2,956
NICE	1860	127 295	5120	265	2,670
NIMES	1876	66 379	3663	191	1,444
PARIS (AP-HP)	25900	1 220 618	69955	2719	30,000
POINTE A PITRE	859	NC	2214	167	1,215
POITIERS	1630	93 677	3914	152	1,617
REIMS	2460	105 912	4914	191	2,018
RENNES	2138	133 042	5321	228	2,435
ROUEN	2537	127 749	6015	268	2,581
SAINT ETIENNE	1921	92 903	4610	242	1,986
STRASBOURG	2752	167 757	7132	266	3,388
TOULOUSE	2875	209 982	9624	370	4,540
TOURS	1981	128 586	5091	265	2,432

B. LES FACULTES DE MEDECINE:

La France comprend 44 Facultés de Médecine dont 11 en Ile-de-France dépendant de 7 Universités, 4 dépendent de l'Université de Lyon, 3 de Bordeaux et 2 de Toulouse.

2 CHU sont rattachés à la même Faculté de Montpellier (Nîmes et Montpellier).

Il existe à Lille une Faculté de Médecine libre aux côtés de celle qui dépend de l'Université.

Les 2 CHU d'outre-mer sont rattachés à la même Faculté située en Guadeloupe.

Chaque CHU est lié par convention à l'Université siège de la Faculté de Médecine.

FRANCE METROPOLITAINE

CHU	FACULTE DE MEDECINE	NUMERUS CLAUDIUS (2002-2003)	Nombre de titulaires (2002)		Nombre de non titulaires (2002)	
			PU-PH	MCU-PH	CCA	AHU
AP-HP	UNIVERSITE PARIS V - Cochin Port Royal - Necker Enfants malades	202	105	68	86	18
			122	68	94	11
	UNIVERSITE PARIS VI - Broussais Hôtel Dieu - Pitié Salpêtrière - Saint Antoine	323	71	48	72	32
			118	67	103	17
			129	75	98	11
	UNIVERSITE PARIS VII - Bichat-Beaujon - Lariboisière St Louis	261	117	51	122	18
			109	77	114	15
UNIVERSITE PARIS XI - Kremlin-Bicêtre	102	98	52	87	15	
UNIVERSITE PARIS XII - Créteil	114	88	52	68	16	
UNIVERSITE PARIS XIII -Bobigny	92	67	30	48	9	
Ile de France Ouest	93	80	39	58	14	

CHU FACULTE DE MEDECINE	NUMERUS CLAUSUS (2002-2003)	Nombre de titulaires (2002)		Nombre de non Titulaires (2002)	
		PU-PH	MCU-PH	CCA	AHU-PHU
AMIENS	122	69	26	52	8 -
ANGERS	101	70	27	39	16 5
BESANCON	106	67	28	40	13 6
BORDEAUX	262	167	68	131	42 7
BREST	96	63	22	39	13 2
CAEN	117	68	31	47	10 1
CLERMONT FERRAND	119	85	38	57	10 5
DIJON	127	73	26	49	19 1
GRENOBLE	121	96	46	56	19 7
LILLE	302	115	69	131	32 6
Faculté Libre	62				
LIMOGES	93	68	15	41	15 -
LYON	306	230	102	200	29 14
MARSEILLE	261	215	114	138	32 12
MONTPELLIER	168	143	58	122	30 8
NIMES					
NANCY	193	129	41	99	27 7
NANTES	134	89	37	76	15 3
NICE	98	71	30	52	8 1
POITIERS	115	60	23	47	10 3
REIMS	121	68	27	53	8 1
RENNES	125	93	38	72	30 2
ROUEN	139	84	21	61	13 2
ST ETIENNE	87	60	22	48	3 2
STRASBOURG	173	140	87	105	22 3
TOULOUSE	189	150	95	98	28 6
TOURS	132	94	35	67	8 2

DOM – TOM

NOUMEA	2	-	-	-	-
POINTE A PITRE					
FORT DE France	32	14	4	10	-
LA REUNION	10	-	-	-	-

C. LES FACULTES D'ODONTOLOGIE

Il existe sur le territoire, 16 Facultés d'Odontologie ayant passé convention avec le CHU :

- 2 à Paris
- 1 à Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Reims, Rennes, Strasbourg, Toulouse.

FRANCE METROPOLITAINE

Centre de soins d'enseignement et de recherche dentaire	Numérous Clausus (2002-2003)	Nb de titulaires (2002)			Nb de non titulaires (2002)
		PU-PH	PROF 1 ^{ER} GRADE	MCU- PH	
PARIS V	88	11	4	47	41
PARIS VII	69	11	9	51	71
BORDEAUX	62	5	5	28	23
BREST	16	2	-	8	10
CLERMONT FERRAND	45	5	1	19	18
LILLE	61	6	3	25	27
LYON	68	8	3	28	28
MARSEILLE	57	8	3	30	34
MONTPELLIER	47	5	2	24	30
NANCY	49	4	2	18	21
NANTES	53	8	1	21	19
NICE	28	6	-	14	19
REIMS	48	7	1	18	18
RENNES	45	6	3	19	21
STRASBOURG	49	7	-	21	21
TOULOUSE	56	8	5	23	28

DOM - TOM

NOUMEA	1
POINTE A PITRE	5
REUNION	3

III – METHOLOGIE ET DEROULEMENT DE LA MISSION

Après avoir auditionné un certain nombre d'organismes, de fédérations et d'associations qui concourent à l'essor du CHU et de l'université, nous nous sommes rendus dans différents CHU. Leur choix a résulté de situations particulières permettant d'étayer nos réflexions :

- L'AP-HP liée à 11 facultés de médecine appartenant à 7 universités
- L'existence à Bordeaux d'une université des Sciences de la Vie et de la Santé (Université Victor Segalen Bordeaux II) autorisant certaines expérimentations avec le CHU
- L'existence en région Rhône Alpes, en région PACA et en région Pays de Loire de plusieurs CHU au sein de chacune d'elles
- Les relations interrégionales de complémentarité et de coopération développées entre plusieurs CHU : Le Grand Est avec les régions Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine ; le Nord-Pas de Calais/Nord Ouest avec les régions Nord, Haute Normandie, Basse Normandie et Picardie.

Nous avons participé aux Assises réunissant les Conférences des Directeurs Généraux des CHU, des Présidents de Commission Médicale d'Etablissement et des Doyens de Facultés de Médecine (Nice 6-7 Mars 2003) ; le thème de ces rencontres « Missions des CHU dans l'Europe de demain » abordait les objectifs de notre mission.

Nous avons enfin rencontré à deux reprises les membres de la Mission-« sœur » dans le cadre du plan Hôpital 2007 et consacrée au statut de l'Hôpital et à sa gestion sociale.

IV – LE CONSTAT

Les CHU sont nés des 3 ordonnances et du décret en date des 11 et 30 décembre 1958. Le décret du 24 septembre 1960 complète l'ordonnance du 30 décembre 1958 en fixant le statut du personnel enseignant et hospitalier du CHU. Ces textes, non modifiés à ce jour, régissent le fonctionnement des CHU qui connaissent des *difficultés croissantes* et pâtissent d'un *climat de morosité* important.

Plusieurs éléments sont à l'origine de ce constat :

A. DES LIENS AVEC L'UNIVERSITE PEU LISIBLES

1) Des conventions non actualisées :

Dans nombre de CHU, la convention établie entre l'hôpital et la faculté de médecine, résultant de l'ordonnance de 1958, n'a jamais été actualisée et ce, malgré l'évolution, au fil des ans, des structures tant universitaires qu'hospitalières.

Cette « absence » de convention est à l'origine de « malentendus », voire de conflits, tant au niveau universitaire qu'hospitalier quant à l'appartenance et à la légitimité des éléments nécessaires à l'accomplissement des missions d'enseignement et de recherche.

Cette source de malentendus a tendance à altérer les liens qui se doivent d'exister entre le Président de l'Université ou son représentant, le Doyen de la Faculté de Médecine, le Directeur Général du CHU et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

2) Un enseignement insuffisamment intégré :

Parmi les spécificités des CHU, l'enseignement revêt une importance toute particulière puisque de sa qualité découlera la qualité des futurs médecins de notre pays. La juxtaposition d'un enseignement théorique (souvent déserté) et d'un enseignement pratique, au lit du malade, trop souvent négligé, par manque de temps, est préjudiciable à une bonne formation. De plus, la place consacrée à l'enseignement clinique varie beaucoup d'un service à l'autre, d'une spécialité à l'autre ; il en résulte parfois un certain degré d'insatisfaction vis-à-vis de cet enseignement. De plus, l'enseignement pratique ne donne lieu qu'à une évaluation approximative et en tous cas très secondaire, par rapport à l'enseignement théorique dont la validation apparaît primordiale dans le cursus des études médicales. Par ailleurs, l'enseignement dispensé à l'hôpital apparaît très peu valorisé dans l'évaluation de l'activité des personnels hospitalo-universitaires et hospitaliers travaillant dans les CHU.

a) Le 1er Cycle :

Des expériences très positives mais limitées permettent aujourd'hui d'accéder, en prenant appui sur le concours de PCEM1, à certaines écoles paramédicales relevant du ministère de la santé. Il existe aujourd'hui un souhait « d'universitariser » l'ensemble des formations paramédicales quel que soit leur ministère de tutelle.

b) Le 2^{ème} Cycle :

L'attribution de moyens au CHU fait peu de place à l'enseignement effectué à l'hôpital, cet enseignement ayant du mal à être évalué en l'absence d'indicateurs fiables. Les réformes qui se sont succédé au cours des dernières années ont eu pour effet d'accroître le volume de l'enseignement théorique. Progressivement, celui-ci s'effectue plus volontiers sous forme de travaux dirigés que d'un enseignement magistral et par conséquent nécessite un nombre plus grand d'enseignants. L'enseignement dirigé théorique et l'enseignement clinique reposent pour partie sur les chefs de cliniques - assistants et les assistants - hospitalo-universitaires qui restent souvent peu disponibles pour l'enseignement et pour la recherche en raison d'une charge trop importante de l'activité de soins. De plus, leur nombre diffère sensiblement d'un CHU à l'autre. Enfin, l'enseignement du second cycle pâtit des conditions d'accès en 3^{ème} cycle responsables d'un bachotage qui persiste, malgré la réforme du 2^{ème} cycle des études médicales et des conditions d'accès en 3^{ème} cycle. La plupart des étudiants sont mobilisés par la réussite au concours de l'Internat : l'entraînement à répondre à un questionnement de type QCM s'effectue au détriment d'un apprentissage par compagnonnage de l'exercice médical. Cette préparation prioritaire du concours de l'Internat n'est évidemment pas propice à une mobilité des étudiants, notamment dans le cadre d'échanges européens (programme ERASMUS/SOCRATES). Ceci est particulièrement regrettable eu égard au caractère enrichissant et stimulant de tels échanges dans le cursus universitaire des étudiants.

c) Le 3^{ème} Cycle :

Enfin, la *sur-spécialisation* observée en France (54 spécialités et sous-spécialités, par rapport à 18 en moyenne dans les autres pays européens), associée à la rigidité des maquettes d'enseignements des DES, à la gestion financière des postes d'Internes, contribue à freiner leur mobilité, tant au niveau régional qu'interrégional. Elle contribue également au mauvais fonctionnement de la commission d'adéquation et ce d'autant que les DRASS apparaissent aujourd'hui moins concernées par une gestion dynamique et prévisionnelle du cursus des Internes.

3) Une valorisation des résultats de la recherche en lente progression :

Si la place de la *recherche clinique* au sein de l'hôpital a bien évolué au cours de la dernière décennie (organisation interne du CHU, loi HURIET, PHRC, implication de l'INSERM et du CNRS...), elle demeure encore insuffisamment reconnue tant au sein de l'hôpital que des instances universitaires et de la recherche. Ceci explique les liens effectifs et institutionnels insuffisants entre la recherche académique et la recherche clinique qui tout naturellement trouve sa

place au sein de l'hôpital. Il est trop souvent observé une méconnaissance institutionnelle des actions conduites par des personnels hospitalo-universitaires, le plus souvent en relation avec des EPST.

Une étude conduite par l'observatoire des sciences et des techniques (OST) reposant sur le nombre de publications scientifiques, fait état d'une implication hétérogène des CHU français tant en biologie fondamentale qu'en recherche clinique. Elle met en exergue la place de la région Ile-de-France dans le peloton de tête des régions européennes, en 2^{ème} position après Londres ; la région Rhône-Alpes se situe en 12^{ème} position pour la recherche en biologie fondamentale. A l'exception de l'Ile-de-France, aucune autre région française n'apparaît classée dans les 15 premières régions européennes pour la recherche clinique.

L'*innovation* dans les CHU se limite souvent à l'évaluation des molécules pharmaceutiques nouvelles et des technologies émergentes, ainsi qu'à la gestion des thérapies coûteuses. Elle consiste trop rarement en une politique ambitieuse de soutien délibéré à la véritable innovation diagnostique et thérapeutique que les équipes hospitalo-universitaires se doivent de promouvoir.

Le pourcentage de chercheurs issus des filières médicale, pharmaceutique et odontologique, dans les effectifs de l'INSERM et du CNRS n'a cessé de décroître au cours des dernières années ; et le flux annuel de recrutement de ces catégories professionnelles tend vers 0. Parmi les raisons invoquées, le caractère peu attractif de la carrière de chercheur pour les médecins, les pharmaciens et les odontologistes est souvent cité.

B. DES ACTIVITES STRATEGIQUES QUI PATISSENT DE L'EVOLUTION DES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS :

1) **Des choix opérés au détriment des missions universitaires :**

Des choix sont opérés au détriment des missions universitaires d'enseignement et de recherche qui apparaissent souvent comme secondaires par rapport aux impératifs de soins, mettant en péril le fondement même des CHU et la production scientifique en recherche clinique. ***Le temps universitaire des personnels hospitalo-universitaires est de plus en plus détourné*** au profit des activités hospitalières qui tendent à privilégier les soins de proximité au détriment des activités de recours. En effet, les CHU sont confrontés au quotidien au choix permanent entre soins de proximité, de recours et de référence. La notion de recours est celle qui est la plus difficile à gérer dans un environnement peu coopératif .

Cette situation est aggravée par la politique des cliniques privées qui tendent à choisir leurs « parts de marché » dans l'offre de soins, souvent les plus

« lucratives », par l'évolution des besoins de la population (attentes médico-sociales et de soins), par les perspectives démographiques inquiétantes concernant les professions médicales et dans une moindre mesure paramédicales à court ou moyen terme, par les évolutions sociologiques constatées dans ces professions (effets de la RTT appliquée aux PH, gardes et repos de sécurité, directives européennes...). Les disparités numériques constatées selon les spécialités et les régions (rapport BERLAND) ajoutent une dimension supplémentaire à ce problème complexe avec une désertification des spécialités à « pénibilité élevée » (chirurgie générale (Rapport DOMERGUE-GUIDICELLI), anesthésiologie, gynécologie-obstétrique...), des régions socialement défavorisées, sans compter l'« héliotropisme » souvent constaté.

2) *Des statuts multiples et rigides* :

Les statuts de la fonction publique qui régissent le personnel médical des CHU apparaissent souvent comme trop rigides et constituent un frein à des évolutions nécessaires concernant les recrutements, l'évolution des carrières, la reconnaissance du mérite ou le traitement de l'insuffisance professionnelle.

La réduction du temps de travail des personnels de la fonction publique hospitalière a fait irruption dans un contexte démographique peu favorable, aussi bien en terme de démographie médicale que paramédicale. Les équipes qui étaient surchargées avant l'apparition de ces mesures ont connu des difficultés aiguës de fonctionnement, créant un climat conflictuel encore aggravé par la coexistence de personnels médicaux de statuts différents. La réduction considérable du temps de travail médical qui a suivi l'application de ces mesures a entraîné des effets délétères graves sur l'activité de soins (liste d'attente de patients, réduction d'activité de certains plateaux techniques) et a entraîné rapidement une moindre disponibilité pour les activités d'enseignement et de recherche et parfois un rejet vis-à-vis des activités administratives (grève du PMSI, etc...). Dans un tel contexte, l'absence de gestion prévisionnelle des emplois médicaux et paramédicaux peut conduire à des aléas de recrutement dont les conséquences sur la qualité des soins nous ont été souvent signalées.

a) Recrutement des PU-PH

La recevabilité des candidatures à un emploi de PU-PH est notamment conditionnée par l'obtention d'une Habilitation à Diriger des Recherches (HDR). Or, les modalités de délivrance de l'HDR sont variables d'une université à l'autre. En effet, certaines universités à composante scientifique prédominante, exigent une thèse d'Université, exigence mal adaptée aux candidats à un poste de PU-PH. En revanche, les qualités pédagogiques, les capacités à diriger une équipe, sont peu prises en compte dans le choix des candidats.

Dans l'évolution des carrières et des promotions, les fonctions dites d'intérêt général et les fonctions administratives sont peu valorisées. Elles ne donnent pas lieu à rémunération.

b) Recrutement des MCU-PH

L'ouverture de postes de MCU-PH pour l'ensemble des disciplines cliniques pose le devenir des postes de PHU qui avaient été créés pour préparer les futurs hospitalo-universitaires. Globalement, 1/3 seulement des PHU finissent par devenir PU-PH. Cette proportion apparaît cependant très variable d'une faculté de médecine à l'autre. Ces postes offrent une gestion prévisionnelle de carrière qui est intéressante. En revanche, la faible attirance des cliniciens pour les postes de MCU-PH peut s'expliquer par son statut moins attractif que celui de PH. La coexistence de PHU et de MCU-PH comme filières de recrutement des futurs PU-PH mérite d'être clarifiée. Pour être attractif, le statut de MCU-PH ne peut pas rester moins valorisant que celui de PH.

c) Recrutement des Chefs de Clinique - Assistants et Assistants Hospitalo-Universitaires

Nos interlocuteurs se sont accordés à considérer que les Assistants Chefs de clinique étaient dans leur majorité préoccupés par leur activité de soins, l'obtention de leur spécialité (DES, DESC) et également le souci de parfaire leur formation, tout en accédant au secteur II. Nos interlocuteurs ont maintes fois manifesté le souhait de voir clarifier une filière de Chef de Clinique Assistant exerçant pleinement une fonction de soins et une fonction universitaire d'enseignement et de recherche par rapport à des futurs spécialistes qui recherchent un post-internat dit de qualification essentiellement consacré à la fonction de soins.

b) Recrutement des Praticiens Hospitaliers

Les PH jouent un rôle de plus en plus important dans le fonctionnement des CHU. Néanmoins, nos interlocuteurs ont souligné l'absence de reconnaissance de leur activité dans le domaine de l'enseignement et de la recherche. En effet, un certain nombre de PH, en plus de leurs activités de soins, participent très activement à la formation et à la recherche en CHU.

3) Une absence de culture d'évaluation :

La culture de l'évaluation n'a pas encore véritablement investi les CHU. La mise en place de l'accréditation a certes fait prendre conscience aux établissements de la nécessité de mettre en place des démarches d'amélioration continue de la qualité. Ce processus, positif et nécessaire, ne peut à lui seul remplacer l'absence de culture d'évaluation dans la mesure où l'accréditation est

regardée par les équipes médicales comme un processus éloigné de leurs activités. Il faut regretter une absence quasi-générale d'évaluation des pratiques médicales et plus généralement hospitalières (médicale, soignante, administrative, technique et organisationnelle) et universitaires (enseignement, recherche clinique) dans les CHU. Il a bien été noté que des initiatives existent dans certains établissements mais elles ne relèvent pas pour la plupart d'une approche systématique et d'une politique volontariste.

Il a été noté enfin une absence d'évaluation régulière des Praticiens Hospitaliers ce qui se traduit par des carrières linéaires basées sur le seul critère de l'ancienneté, contrastant avec une intégration inégale de ces praticiens dans les missions du CHU.

4) ***Un financement des établissements publics de santé par une dotation globale qui a fait la preuve de ses limites*** :

Si le système a pu apporter à certains établissements une sécurité financière et aux pouvoirs publics un instrument fort de maîtrise des dépenses, il n'en a pas moins pénalisé largement le financement de l'investissement ce qui se traduit aujourd'hui par un parc immobilier et des équipements vieillissants et quelquefois obsolètes. L'attribution propre aux CHU d'une dotation budgétaire supplémentaire (13 %) ne repose à ce jour sur aucune base objective. Une telle attribution de moyens ne repose pas assez sur la notion de progrès médical. Ce financement « globalisé » a, de plus, freiné l'évolution de l'activité des établissements les plus dynamiques, car non lié à l'activité. Même modulé par la valeur du point ISA, il ne peut que pénaliser les établissements qui souhaitent développer l'innovation et les soins de référence. Cette dérive inacceptable conduirait à la remise en cause de la spécificité même des CHU.

C. UN STATUT ET UNE ORGANISATION INTERNE INADAPTES

Les CHU constituent le fleuron de la médecine française ; ils ont été le théâtre de réussites médicales et d'innovations thérapeutiques qui ont contribué à renforcer leur bonne réputation. Pourtant, à côté de cette activité prestigieuse dite de référence et de recours, ils sont souvent submergés par une activité dite de proximité qui leur crée d'immenses difficultés de fonctionnement. Cette situation est aggravée par des modes de fonctionnement qui restent foncièrement archaïques et qui méritent d'être radicalement transformés.

En 2003, le statut d'établissement public administratif (EPA) se révèle inadapté aux missions (soins, enseignement, recherche) du CHU et à son rapprochement avec l'Université. Une pesanteur administrative certaine rend les CHU moins réactifs. La production continue et de plus en plus importante de textes législatifs et réglementaires (pas toujours cohérents entre eux), concernant le

fonctionnement hospitalier en général et celui du CHU en particulier rend leur gestion et l'innovation organisationnelle particulièrement difficiles.

Les CHU rencontrent beaucoup de difficultés à se réformer et à intégrer des structures innovantes mieux adaptées aux évolutions de leurs activités. A cet égard, l'absence de reconnaissance institutionnelle des activités de recherche ne permet pas à ce jour aux CHU d'accéder, en droit et pas seulement en fait, au statut d'établissement pratiquant des activités de recherche.

Par ailleurs, le Conseil d'Administration des Hôpitaux en général et du CHU en particulier, apparaît plus comme une chambre d'enregistrement que comme une instance stratégique véritablement responsable.

La gouvernance du CHU apparaît éclatée entre plusieurs pouvoirs (directeur général, président du conseil d'administration, président de la CME). De plus, elle n'intègre pas assez la composante universitaire. Nous avons cependant observé que l'opposition entre Médecins et Directeurs, si elle a pu exister, relève maintenant, pour ce qui concerne le CHU, de l'exception.

La balkanisation trop importante des structures médicales (services) issue de l'hyperspécialisation développée au cours des 20 dernières années constitue en 2003 un obstacle au bon fonctionnement des CHU. Elle freine les évolutions nécessaires pour améliorer la prise en charge des patients et la performance économique des établissements.

D. UN ENVIRONNEMENT COMPLEXE

1) **Des ARH éloignées des spécificités du CHU :**

Les sources d'informations régionales (en particulier le PMSI), sont peu ou mal utilisées pour la planification et la prospective hospitalières.

Les ARH sont souvent éloignées des spécificités des CHU et les SROS prennent rarement en compte leur spécificité et leur rôle d'établissement référent au niveau régional, voire interrégional. La tendance pour les dotations budgétaires à l'alignement sur les moyennes régionales a conduit beaucoup de CHU dans des difficultés financières graves ou pire, à devoir renoncer à certaines de leurs missions propres.

L'approche interrégionale de l'organisation hospitalière reste très faible en-dehors de quelques expérimentations qu'il faut saluer (tel le G4 dans le Nord et le Nord-Ouest, regroupant 4 CHU : Lille, Amiens, Rouen et Caen et le Nord-Est regroupant 5 CHU : Besançon, Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg). Les SROS font rarement allusion aux questions interrégionales qui intéressent pourtant au premier chef les CHU pour les activités de référence, sans compter les questions

posées par les bassins de populations qui se situent aux limites de deux régions ou plus.

Les régions d'internat (interrégions) ne sont pas utilisées comme elles pourraient l'être en constituant une unité géographique propice à la mobilité des Internes ou à la gestion prévisionnelle des vacances d'emplois par spécialité.

2) **Une faiblesse des relations avec les autres établissements de soins, les professionnels de santé et les collectivités territoriales :**

La faiblesse des relations institutionnelles entre les CHU et l'ensemble des établissements d'hospitalisation voisins (public, PS-PH, privé, Centres de Lutte Contre le Cancer, psychiatrie, médecine ambulatoire) mérite d'être relevée, même si des coopérations se mettent en place progressivement. Cette lacune concerne non seulement l'organisation des soins mais aussi l'enseignement et la la recherche clinique.

Les relations avec les Centres de Lutte Contre le Cancer offrent une image contrastée d'exemples de coopération réussie face à des situations plus conflictuelles voire même des oppositions. La volonté de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer de coopérer avec les CHU doit être soulignée et devrait se concrétiser lors de la création des futurs Instituts Régionaux du Cancer.

La réduction du nombre d'Attachés vacataires dans l'ensemble des CHU contribue à réduire les liens qui devraient exister entre le CHU et la médecine libérale. Cette réduction résulte pour une large part de l'utilisation du budget correspondant pour financer la création de postes de PH.

Le CHU n'a pas la place qu'il devrait occuper dans le domaine de la formation médicale continue. De même, dans le domaine de la recherche clinique, le CHU n'apporte pas toujours le soutien méthodologique que les hôpitaux généraux sont en droit d'attendre pour favoriser leur implication dans la recherche clinique.

Contrairement à l'Université, rares sont les CHU qui bénéficient d'un soutien sur projet de la part des collectivités locales et territoriales notamment dans le domaine de la formation, de la recherche clinique et de l'innovation.

3) **Une réalité européenne et des actions de coopération internationale non prises en considération :**

L'émergence forte de l'impact des directives européennes considérées comme contraignantes par le monde hospitalier s'impose y compris dans les faits (temps de travail, réforme des études médicales, ...). Cette donnée sera de plus en plus présente dans le fonctionnement des CHU. Malgré l'existence de programmes adaptés et la réalité d'échanges universitaires dans le domaine de la formation et

de la recherche, la plupart des CHU n'ont que peu de relations avec leurs homologues européens. En revanche, les liens privilégiés qui ont pu s'établir entre des CHU et certaines facultés et établissements de santé étrangers, ont été initiés de façon volontariste et malheureusement sans prise en compte de l'incidence financière par les Ministères de tutelle.

V – LES PROPOSITIONS

A. CLARIFICATION DES RELATIONS CHU – UNIVERSITE

La spécificité des missions des CHU passe par une clarification des relations avec l'université en matière d'enseignement, de recherche, d'innovation et de valorisation et ce d'autant que les CHU évoluent aujourd'hui dans un contexte compétitif national et international.

1) Des conventions relatives aux structures et aux modalités de fonctionnement des CHU :

Il importe que les conventions concernant chaque CHU soient actualisées. Elles se doivent d'associer dans leur élaboration le Président d'Université, le Doyen de la Faculté de Médecine, le Directeur Général du CHU et le Président de la CME. Ces conventions devront préciser les responsabilités de chacune des deux parties. Elles devront également recenser précisément les moyens (locaux d'enseignement et de recherche, personnels, équipements, documentations, réseaux informatiques...) que chacune d'elle met à disposition de l'autre.

Les universités sont aujourd'hui tout particulièrement concernées par les formations de santé. En effet, elles doivent se préoccuper de la réorientation de bons étudiants issus de la filière médecine et s'orientant vers d'autres filières (les « reçus-collés » du PCEM1), tout comme de l'accueil en médecine d'étudiants venant d'autres filières (passerelles). Ce processus devrait être accentué par la mise en place de la réforme Licence-Master-Doctorat (L-M-D).

2) La 1^{ère} année des études pour les professions de santé :

La commission présidée par le président de l'université de Lyon 1, le Professeur DEBOUZIE propose la création d'une première année comportant un tronc commun et des modules spécifiques propres à chacune des filières. Ainsi chacune d'elles ferait l'objet d'un concours distinct.

Une telle réorganisation devrait permettre de favoriser un choix de la filière souhaitée et d'éviter un choix par défaut.

Cette réforme devrait, dans un premier temps, donner lieu à une **expérimentation** avant d'être généralisée, particulièrement s'agissant des infirmières en raison du nombre élevé de candidats. L'importance numérique des effectifs concernés devrait cependant trouver une solution dans une décentralisation de l'enseignement au niveau d'antennes universitaires ; les nouvelles technologies de l'information et de la communication pourront aider à réaliser un tel enseignement décentralisé.

Il conviendra d'être attentif aux effets de l'allongement des études infirmières (un an supplémentaire) et de leur effet sur la démographie déjà difficile de ces professions. Par ailleurs, cette réforme doit veiller à maintenir le caractère *professionnel* de la formation.

La place des instituts de formation en soins infirmiers, dépendant des hôpitaux, des CHU ou d'autres institutions, devra être précisée au regard de cette universitarisation (IUP, institut universitaire de santé). Cette réforme s'inscrit en tout cas dans le schéma Licence – Master - Doctorat (L-M-D). La formation au sein de l'institut pourrait associer par convention l'Université et le CHU (gestionnaire d'école paramédicale) facilitant la reconnaissance universitaire du diplôme de fin d'études (nombre de crédits exigés pour le niveau licence). De même, les écoles de cadres pourraient faire l'objet d'une convention entre l'Université et le CHU, précisant les modalités d'accès (validation d'acquis d'expérience) et une reconnaissance universitaire du diplôme final au niveau master (nombre de crédits exigés).

Les nouvelles compétences attribuées aux Conseils Régionaux en matière de formation professionnelle (Plan Régional de Formation Professionnelle : PRF) devraient permettre de veiller à une meilleure adéquation entre les rentrées dans chacune des filières et les besoins au niveau de chaque région. Cet impératif est d'autant plus important que certaines filières font références à des tutelles distinctes (Education Nationale, Ministère de la Santé).

3) Le 2^{ème} cycle des études médicales :

La prise en compte de l'*ensemble des résultats des quatre années* du 2^{ème} cycle combinée avec un concours d'internat (examen classant – validant) aurait l'avantage de valoriser l'enseignement de l'ensemble du 2^{ème} cycle, d'inclure une évaluation des stages cliniques et de réduire l'effet de « bachotage » lié à la préparation du concours. Par ailleurs, pour faire face à l'augmentation prévisible du nombre d'étudiants en médecine et pour favoriser l'enseignement clinique, nous proposons de généraliser la *formation en alternance* sous des formes adaptées et souples, prenant en compte les situations locales. Cette proposition permettrait aux étudiants d'alterner une semaine complète de cours et une semaine d'enseignement pratique. Ce schéma leur permettrait de participer avec plus d'assiduité aux enseignements théoriques, tout en participant pleinement, une semaine sur deux, à la vie des services hospitaliers, grâce à une présence importante du matin jusqu'à la fin de l'après-midi. Cette formule permettrait également de faciliter l'enseignement clinique effectué par les différents personnels enseignants et notamment les chefs de clinique - assistants. Elle faciliterait également le déroulement de stages pratiques dans des hôpitaux éloignés de la Faculté.

Des formules *d'enseignement intégré* assuré dans les locaux hospitaliers constitue également une formule intéressante, sous réserve de bien définir et d'identifier les locaux à vocation pédagogique où se déroulera cet enseignement.

L'augmentation prévue du nombre des étudiants en médecine devrait pouvoir être l'occasion d'une concertation entre les CHU et les hôpitaux généraux, mais aussi les établissements privés participant au service public, les cliniques privées et les médecins libéraux, afin d'agrèer des terrains de stage validants. Ces terrains de stage devraient faire l'objet d'une convention précisant à la fois les objectifs de stage et les conditions de son déroulement. Le CHU doit conserver la maîtrise des terrains de stage, mais dans le cadre d'un partenariat bien défini, il devrait faire appel à des terrains de stage validants, permettant d'initier les étudiants aux différents modes d'exercice. Quel que soit le lieu du stage, son déroulement devrait s'appuyer sur un *cahier d'objectifs* précis et son efficacité donner lieu à une *évaluation* de fin de stage, permettant de noter l'enseignement pratique.

La mission considère que pour ces stages les médecins responsables de l'enseignement devraient être reconnus par l'Université pour cette fonction.

Une telle modification du 2^{ème} cycle des études médicales devrait favoriser la mobilité des étudiants à l'intérieur de l'Union Européenne à travers des projets de type ERASMUS et SOCRATES.

4) Le 3^{ème} cycle des études médicales :

a) *Internat de Spécialité* :

Relayant un large consensus constaté parmi ses interlocuteurs, la mission préconise un retour à un concours *régional* de l'internat, les étudiants pouvant se présenter à plusieurs concours régionaux de leur choix (deux ou trois).

En ce qui concerne les maquettes liées à chacun des DES, nous proposons quelles soient assouplies, afin de favoriser une *mobilité* des Internes qui devraient pouvoir effectuer au moins un semestre dans un autre CHU que le CHU d'origine et en dehors des deux semestres obligatoires en hôpital général. Dans ces conditions, les maquettes liées à chacun des DES doivent s'appuyer sur différents services qualifiants, répartis au-delà d'un seul CHU.

Le coordonnateur interrégional de chaque DES doit pouvoir assurer à chaque Interne un parcours de formation cohérent dès son entrée dans la filière, en organisant une succession de stages cliniques validants attractifs.

La *filiarisation* devrait s'étendre à d'autres DES que ceux qui sont actuellement filiarisés. La filiarisation présente l'avantage d'une meilleure transparence des

flux d'Internes et dans la mesure où elle est organisée au niveau régional, elle peut mieux tenir compte des besoins prévisionnels identifiés par les DRASS. Cette filiarisation serait organisée par les DRASS en relation avec les Doyens, les responsables locaux de chaque DES et les représentants des Internes. Les commissions d'adéquation devraient pouvoir, dans ces conditions, réaliser un travail prospectif précis, c'est dire l'intérêt d'impliquer fortement les DRASS au plus haut niveau et les Doyens responsables des Commissions d'Agrément.

La culture de la mobilité doit être favorisée, car elle contribue à améliorer la qualité de la formation. Cette mobilité mérite d'être envisagée à plusieurs niveaux : mobilité régionale, interrégionale, nationale et européenne. La mobilité notamment régionale et interrégionale sera grandement facilitée par une neutralisation des effets financiers des mobilités des Internes sur les budgets des CHU. Cet effet peut être obtenu soit par la création d'une agence nationale, soit par une instance de gestion interrégionale.

La mission attire l'attention sur l'une des conséquences de l'hyperspécialisation qui aboutit en France à un nombre excessif de DES et DESC par comparaison avec les autres pays européens, 54 spécialités en France, versus 18 au niveau européen.

b) Internat de Médecine Générale :

La création de la spécialité de médecine générale va poser un problème d'harmonisation avec la future directive européenne visant à reconnaître un diplôme de « médecin de base » autorisant l'exercice médical au niveau de baccalauréat plus 6 années de formation. L'harmonisation entre ce diplôme et le système français qui prévoit une formation en 3 cycles et un internat généralisé à partir de 2004, y compris pour la future spécialité de médecine générale, doit faire l'objet d'une réflexion spécifique.

5) Le Post Internat :

Les CHU se doivent de jouer le rôle d'un *animateur du système hospitalier* des hôpitaux généraux et des cliniques de la région, notamment dans le domaine de la formation. Le CHU se doit d'être attentif à la formation des futurs cadres responsables médicaux et pharmaceutiques des hôpitaux généraux qui l'entourent et plus généralement de l'ensemble des établissements de santé.

Des échanges réciproques de médecins entre CHU et hôpitaux généraux devraient pouvoir favoriser la formation des futurs cadres des hôpitaux généraux, améliorer la formation des équipes médicales en terme de qualité et de quantité, en veillant tout particulièrement à pouvoir aider les hôpitaux généraux à recruter des médecins bien formés au fur et à mesure de la vacance ou de la création de postes dans ces hôpitaux.

La création de postes d'*Assistants Spécialistes à Temps Partagé* entre les CHU et les établissements de santé voisins devrait être envisagée et son financement pourrait être assuré par les crédits rendus disponibles du fait des nombreuses vacances de postes de PH dans les hôpitaux généraux. Ces Assistants spécialistes pourraient poursuivre, au début de leur contrat, une formation au CHU et augmenter progressivement, en biseau, le temps qu'ils consacrent à l'hôpital général, permettant à la fois de se familiariser avec cet établissement et de se préparer à accéder à un poste de Praticien Hospitalier dans cet établissement. A cet égard, il faut encourager l'élaboration d'un *projet médical commun régional*, analysant les besoins des établissements en personnel médical. Nous proposons la création au niveau de chaque CME de CHU et d'Hôpital Général d'une *Commission des Carrières et de la Prospective*, dont la mission serait d'analyser les besoins, de recenser les futurs postes vacants et de prévoir la meilleure façon de les pourvoir. Au niveau régional, nous proposons de créer une *structure de concertation* associant les Directeurs Généraux et les Présidents de CME des divers hôpitaux publics, ainsi que le Doyen de la Faculté de Médecine.

Ces dispositions favoriseraient le développement des relations entre les CHU et les hôpitaux généraux. De plus, elles permettraient d'assurer une meilleure fluidité pour l'accès aux postes de CCA et d'AHU entre le moment de la fin de l'internat et le moment où un tel poste de Chef de clinique ou d'AHU devient disponible. Les plans de carrière devraient être plus souples, faciliter des échanges entre CHU et hôpitaux généraux, dans les deux sens, et permettre dans certains cas un retour au CHU. Nous recommandons des *expérimentations* au niveau régional avec, dans tous les cas, une évaluation périodique au moins annuelle. Si la maîtrise générale du dispositif doit rester à l'échelon national, sa mise en application doit être régionale.

Nous proposons également la création de quelques postes de *Chefs de clinique-Assistants à temps partagé* entre CHU d'une même interrégion pour favoriser les échanges entre CHU dans une même discipline et améliorer la qualité de formation des Chefs de clinique. Une telle expérience a été notamment réalisée dans la région Nord-Ouest où le G4 a suscité la mise en commun de postes de Chefs de clinique entre les 4 CHU.

La mise en place d'un internat en Odontologie est saluée positivement et il se pose aujourd'hui la question d'une évolution vers un internat qualifiant. Il importe d'identifier précisément les terrains de stage qui pourraient associer CHU et hôpitaux généraux.

Le CHU joue enfin un rôle prépondérant dans l'organisation de la *Formation Médicale Continue*. Celle-ci devrait être rendue obligatoire et faire l'objet de l'acquisition de points ; un nombre minimal de points devrait être requis chaque

année pour valider le droit d'exercice médical comme cela est le cas dans plusieurs pays de l'Union Européenne.

6) **La recherche** :

Partie prenante de la recherche médicale, *la recherche clinique* dont la finalité est l'amélioration de la qualité des soins fait partie intégrante des activités d'un CHU. Ceci s'explique d'une part par sa vocation de structure de soins de proximité et de recours, d'autre part par des compétences médicales présentes en son sein. Ainsi, indissociable des autres missions du CHU, la recherche clinique devrait s'insérer dans le projet d'établissement mais devrait bénéficier de moyens bien identifiés.

Le CHU devrait davantage qu'il ne le fait, tirer partie de l'interdisciplinarité présente à l'Université. Elle contribue à renforcer la recherche médicale et à favoriser le progrès médical. Il devrait également, mieux tirer partie des ressources technologiques et méthodologiques qui ne peuvent que bénéficier à l'essor de la recherche médicale. Les disciplines biologiques telles que la physiologie y contribuent pleinement.

Les Etablissements Publics à caractère Scientifique et Technologique (EPST) ont la volonté d'accroître leurs relations avec le monde médical et hospitalier, en renforçant les liens entre la recherche académique et la recherche clinique et en favorisant le transfert de connaissances vers les activités de soins (postes d'accueil, postes d'interface). Le ministère de la santé y contribue financièrement.

L'INSERM est d'ores et déjà un promoteur actif dans la recherche biomédicale. Le Comité de Coordination pour la Recherche Médicale qu'il a su créer, l'associe à l'Université, au CHU, mais aussi au CNRS. Ce Comité à présidence tournante devrait largement contribuer à la valorisation des thématiques dominantes d'un CHU grâce à un travail prospectif stratégique visant à identifier les moyens nécessaires pour développer les axes de recherche sélectionnés. Le CNRS, qui a entrepris une réflexion avec la Fédération Hospitalière de France (FHF) et les Conférences de Directeurs Généraux de CHU, de Présidents de CME de CHU et des Doyens souhaiterait établir un accord-cadre qui devrait préciser son apport.

De son côté, le CHU s'est doté d'une Délégation à la Recherche Clinique. Cette structure devrait associer pleinement l'Université. Elle devrait favoriser la participation des hôpitaux généraux et de la médecine ambulatoire à la recherche clinique en leur apportant les moyens méthodologiques qui leur manquent.

Des Instituts Fédératifs de Recherche (IFR) médicaux et scientifiques permettent d'associer des équipes universitaires et le CHU aux organismes de recherche. Ils

devraient mieux prendre en compte les spécificités d'un CHU contribuant ainsi à l'élaboration de projets à finalité partagée favorisant le progrès médical.

Des plateformes technologiques regroupant des équipements universitaires et hospitaliers partiellement ou totalement dédiés à la recherche contribueraient à optimiser les moyens tant dans le domaine de la biologie que de l'instrumentation.

Si le CEDIT mis en place il y a plusieurs années à l'AP-HP apporte des informations particulièrement utiles sur la pertinence des *innovations technologiques*, les CHU se doivent d'optimiser leur capacité à participer non seulement à l'évaluation de nouvelles thérapeutiques mais aussi, à l'innovation qui concourt au progrès médical. Les Centres d'Investigation Cliniques (CIC) (Ministère de la santé et INSERM) y participent tout comme les Centres d'Investigations Technologiques (CIT) (Ministère de la santé et CNRS). Ils font intervenir des Attachés de Recherche Clinique qui peuvent être pris en charge par l'hôpital. Des Centres d'Investigations en Imagerie (CII) ainsi que des Centres d'Investigations Biologiques (CIB) pourraient compléter ce dispositif. Les CIB devraient s'associer aux centres de ressources biologiques mis en place récemment par l'INSERM pour la collection de matériels biologiques d'origine humaine à des fins de recherche.

Les CIT pourraient se doubler de l'implantation en CHU d'équipes de recherche technologiques bénéficiant de l'apport d'une interdisciplinarité propre au CNRS et à l'université. Ces équipes de recherche prenant appui sur la recherche clinique seraient essentielles à la conduite de certains projets innovants : biomatériaux, imagerie médicale, suppléance fonctionnelle... Ces équipes pourraient s'insérer dans des unités mixtes INSERM – CNRS en raison de la complémentarité de leurs apports (chimie - biomatériaux, sciences pour l'ingénieur - imagerie médicale et suppléance fonctionnelle...).

Des unités de recherche clinique et d'épidémiologie cliniques labellisées par des organismes de recherche pourraient conforter la reconnaissance institutionnelle des activités de recherche des équipes médicales du CHU.

Des *cellules de valorisation industrielle* associant l'Université au CHU pourraient bénéficier des compétences spécifiques requises pour la protection intellectuelle, la prise de brevets, la veille technologique. Les Conseils Régionaux, du fait de leurs compétences, pourraient utilement soutenir ces actions. Ils pourraient également s'associer au plan de relance de l'investissement prévu par le Ministère de la Santé lorsque ces derniers intéressent des équipements totalement ou partiellement dédiés à la recherche clinique. Chaque CHU devrait pouvoir participer à l'incubateur régional mis en place par le Ministère de la Recherche tout comme à des pépinières d'entreprises dédiées au secteur de la santé.

L'élaboration de *plans stratégiques régionaux et interrégionaux* pourrait contribuer, en associant des équipes biologiques et médicales appartenant à divers CHU et diverses Universités, à mutualiser les moyens nécessaires à l'établissement de *pôles de haute spécificité* intervenant tant dans la recherche médicale que dans les soins de recours. Un tel rapprochement devrait permettre de répondre de façon concertée à certains appels à projets nationaux et européens (6^{ème} PCRD, programme INTERREG,...). Des regroupements associant les CHU aux CLCC devraient renforcer le concept de cancéropôle.

Des dispositions à caractère fiscal en faveur du mécénat et des fondations doivent faire l'objet d'un projet de loi qui sera déposé au Parlement au cours du 1^{er} semestre 2003. Cette réforme devrait permettre de rendre aux citoyens, aux entreprises et à l'ensemble de la société civile leur liberté de participer aux grandes causes nationales. De telles dispositions devraient bénéficier à la recherche en général et à la recherche médicale et clinique en particulier.

Ainsi, les équipes hospitalo-universitaires présentes au CHU, devraient pouvoir participer à des *projets collectifs de recherche* associant au niveau régional, interrégional ou national l'ensemble des équipes qui interviennent sur un thème d'intérêt médical (cancer, diabète, SIDA, ...). Ces équipes pourraient également participer à des projets qui concourent à l'accroissement des connaissances utiles à la compréhension de certaines anomalies (recherche biologique).

Quel que soit son niveau et l'origine de son financement, la recherche se doit d'être *évaluée* de façon anonyme par des experts reconnus extérieurs au CHU à l'origine du projet. Cette évaluation doit s'appuyer sur des indicateurs fiables et doit concerner tant la pertinence du projet que les résultats obtenus en matière d'innovation médicale.

7) *Les relations internationales* :

Les CHU sont amenés aujourd'hui à œuvrer dans le cadre de la coopération internationale au rayonnement de la francophonie. Cette coopération prend différentes formes :

- participation à la formation d'étudiants étrangers dont la Faculté d'origine est seule habilitée à délivrer le diplôme,
- accueil de médecins et de spécialistes titulaires,
- actions des Facultés de Médecine auprès d'une Faculté de Médecine étrangère.

Il serait utile que de telles actions puissent être prises en considération dans le cadre d'un financement spécifique qui associe tant l'Université que le CHU.

Seules les actions de coopération décentralisées permettent à ce jour à des collectivités territoriales de participer au financement de ces programmes aux côtés de l'Etat (Ministère des Affaires Etrangères).

Une telle coopération nécessiterait un *Coordonnateur National* en référence à un pays donné, comme cela se fait déjà pour la Chine. Elle nécessiterait également un suivi attentif du Ministère des Affaires Etrangères.

A l'image de ce qui se passe dans d'autres pays, les conditions d'accueil et de séjour des étudiants étrangers dans les villes universitaires françaises devraient faire l'objet de *structures dédiées* dont le financement devrait pouvoir concerner une collectivité territoriale en relation avec le CROUS, l'Université et le CHU.

B. DES STATUTS ET UNE ORGANISATION ASSOUPPLIS ET RENOVES :

1) *Le statut du CHU* :

Le constat présenté au début de ce rapport montre clairement l'inadaptation actuelle du statut des CHU au regard de leurs missions et de leur nécessaire réactivité dans un environnement médical et scientifique qui est très compétitif tant au niveau local, national qu'europpéen.

Le statut d'Etablissement Public Administratif (EPA) confirmé dans la loi de 1991 sous le vocable d'Etablissement Public de Santé, ne permet pas à ce jour aux établissements hospitalo-universitaires de s'adapter à leur environnement.

Consciente de l'attachement des usagers et des professionnels hospitaliers au statut public des hôpitaux, la mission propose de rendre beaucoup plus spécifiques les Etablissements Publics de Santé en se rapprochant des modalités des *Etablissements Publics Industriels et Commerciaux (EPIC)* qui pourraient être incluses dans le statut de l'Etablissement Public de Santé ainsi rénové.

Toutefois, il convient de vérifier que les CHU puissent, sur le plan juridique, répondre aux conditions d'un EPIC. Ces conditions sont au nombre de trois :

- pour qu'un service public relève d'un statut d'EPIC, il faut que l'objet du service rendu à la population soit la satisfaction de l'intérêt général comme pour tout service public. L'EPIC se distingue par le fait qu'il exerce des activités identiques à celles d'une entreprise privée. C'est bien aujourd'hui le cas des hôpitaux, dans la mesure où une partie significative des activités hospitalières est assurée par des entreprises privées que sont les cliniques.

- le deuxième élément concerne l'origine des ressources dans la mesure où un EPIC fonctionne, sauf exception, à partir des redevances des usagers. Force est de constater aujourd'hui que les établissements hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés, sont financés tous les deux par l'Assurance Maladie. La mise en place de la tarification à l'activité dans les deux secteurs ne fera qu'amplifier cette observation.

- le troisième critère à prendre en compte concerne les modalités de fonctionnement qui doivent être identiques à celles d'une entreprise privée. La remarque citée au paragraphe précédent, s'applique également ici. Des modalités assouplies de gestion en faveur des Etablissement Publics de Santé, dont le statut serait ainsi modifié, permettraient de rapprocher les modes de fonctionnement des deux secteurs public et privé.

Un enrichissement des modalités de fonctionnement des Etablissements Publics de Santé vers plus de souplesse serait à même d'améliorer largement le fonctionnement des CHU sans remettre en cause ni la notion d'établissement public ni la notion de statut de fonction publique hospitalière ni les statuts des personnels médicaux hospitaliers et hospitalo-universitaires. Cet assouplissement permettrait de recourir au recrutement de certains personnels de manière *contractuelle*, permettant de répondre plus facilement à des besoins spécifiques.

La notion d'Etablissement Public de Santé ainsi rénové permettrait également un *allègement* significatif des procédures de marchés publics ; cette évolution donnerait aux établissements le pouvoir de négociation avec les fournisseurs, en se basant certes, sur la transparence et la concurrence, mais aussi sur l'efficacité et l'efficience. C'est seulement dans ces conditions que les CHU pourront mettre en place de véritables politiques d'achat et d'équipement adaptées à leurs missions.

Cette évolution statutaire devrait permettre de favoriser la reconnaissance institutionnelle des équipes de recherche qui au sein des services cliniques participent à la valorisation médicale des résultats issus de la recherche. Une telle évolution statutaire permettrait en outre aux CHU de valoriser directement l'innovation dont ils sont promoteurs et ainsi d'alimenter par des sources de financements nouvelles non seulement la recherche clinique mais aussi la gratification des équipes concernées.

2) Les emplois :

Les modalités de recrutement des *personnels hospitalo-universitaires*, leur statut et leur condition de travail conditionnent l'essor des relations entre l'Université et le CHU.

Si l'augmentation très rapide du numerus clausus va accroître les besoins en enseignants pour la formation des futurs médecins, elle devrait aussi affirmer la

pratique nécessaire de l'évaluation notamment dans la gestion des ressources humaines.

Il conviendrait de faire évoluer les modalités de recrutement des hospitalo-universitaires non seulement pour permettre une meilleure prise en compte de l'ensemble des activités de soins, d'enseignement et de recherche mais également pour favoriser des candidatures émanant de pays de l'Union Européenne.

La prise en compte de la pénibilité de certaines spécialités devrait permettre d'éviter qu'elles ne se tarissent par manque de candidats.

Les *Chefs de clinique - Assistants des hôpitaux* (CCA) et les *Assistants Hospitalo-universitaires* (AHU) doivent être capables d'exercer à la fois des missions de soins, d'enseignement et de recherche. Une formation préalable devrait les y aider. Seuls ceux qui ont un véritable projet hospitalo-universitaire devraient pouvoir bénéficier d'un renouvellement de leur poste au delà de deux années.

Une mise en commun de postes de Chef de clinique-Assistant au niveau interrégional grâce à une action volontariste conduite par les Doyens de Facultés de Médecine et les instances dirigeantes du CHU, pourraient permettre d'accroître les capacités professionnelles des Chefs de clinique-Assistant tout en contribuant à favoriser le transfert de pratiques innovantes dans les CHU concernés. Une telle action pourrait être incitée et expérimentée. Elle pourrait compléter la mise en place d'emplois partagés d'Assistants Spécialistes associant CHU et hôpitaux généraux.

La mission propose de maintenir les emplois de *Praticiens Hospitalo-Universitaires* (PHU) en les recentrant sur la logique initiale d'accessibilité à un poste de titulaire PU-PH, ce qui implique une gestion prévisionnelle pluriannuelle des emplois. Le *maintien de l'existence des MCU-PH* dans les disciplines cliniques peut être envisagé sous deux conditions : la première est relative à la revalorisation du statut des MCU-PH de façon à rendre ces emplois aussi attractifs que ceux des Praticiens Hospitaliers, la deuxième relève d'une progression de carrière plus clairement identifiée.

La question particulière des *Praticiens Hospitaliers* en CHU appelle une réponse adaptée. En CHU, les PH devraient se voir reconnaître, par la faculté, leur rôle dans l'enseignement par l'attribution de vacations sur un mode contractuel et bénéficier d'un titre correspondant.

Dans le domaine de la recherche, ils peuvent être appelés à participer ou à animer des projets de recherche ou à participer à des équipes labellisées. De la même manière, ils peuvent participer aux modalités définies dans le cadre des

relations qui unissent les CHU aux EPST (détachement pour un temps donné dans une équipe de recherche labellisée).

La préparation de la révision des effectifs des PH devrait, comme pour les Hospitalo-Universitaires, associer étroitement le Doyen de la Faculté de Médecine et celui d'Odontologie afin de maintenir un bon équilibre entre les missions de soins, d'enseignement et de recherche.

L'évolution des carrières des PH devrait donner lieu, comme pour les Hospitalo-Universitaires, à une évaluation périodique basée non seulement sur l'ancienneté, mais aussi sur la compétence et les services rendus.

S'agissant des *Professeurs d'Université – Praticiens Hospitaliers* (PU-PH), il convient de noter tout d'abord qu'ils ont mal vécu les nombreuses avancées sociales dont ont bénéficié d'autres catégories de médecins hospitaliers sans qu'il leur soit proposé de compensations significatives. Les PU-PH devraient pouvoir bénéficier, au même titre que leurs autres collègues de l'enseignement supérieur, des primes que ces derniers perçoivent. La revendication des PU-PH pour une retraite calculée sur les émoluments hospitaliers dont l'impact financier est considérable, ne relève pas du cadre de la mission mais constitue un réel enjeu. Une augmentation des émoluments hospitaliers permettant aux PU-PH et notamment aux plus jeunes, de constituer une retraite progressive serait un premier pas dans ce sens.

Sur un plan plus technique, il apparaît souhaitable d'harmoniser les conditions de dépôts de dossiers des Habilitations à Diriger des Recherches (HDR) entre les différentes universités françaises. Toutefois, cette remarque se heurte à l'autonomie des universités. La Conférence des Présidents des Universités a été informée de cette question mais renvoie à cette autonomie.

Pour l'ensemble des personnels hospitalo-universitaires titulaires, chaque Université devrait pouvoir bénéficier de quelques possibilités locales de promotions afin de récompenser certaines activités collectives à l'image des autres disciplines universitaires.

Des postes contractuels rattachés aux organismes de recherche pourraient permettre à des médecins spécialistes titulaires de se consacrer quelques années à la recherche et de retrouver à terme leur poste hospitalier.

La possibilité d'effectuer une *année sabbatique* rémunérée après 20 ans de fonction devrait être clairement établie et accordée par les CNU au vu de projets précis.

Les CHU connaissent encore des difficultés à recruter de manière contractuelle et/ou définitive des médecins étrangers en particulier originaires de l'Union

Européenne. Il conviendrait, pour ce faire, que soient reconnues les activités professionnelles passées dans un pays de l'Union Européenne.

C. LA GOUVERNANCE

La mission ayant eu la possibilité d'assister aux Assises Hospitalo-Universitaires de Nice ne peut que souscrire au constat fait lors de ses rencontres à ce sujet.

« Les CHU souffrent en tant qu'Hôpitaux Publics de la complexité du pilotage stratégique hospitalier : le processus décisionnel est éclaté entre un Conseil d'Administration présidé par le représentant de la collectivité de rattachement (municipalité, département, plus marginalement Etat), le représentant de l'Etat dans le domaine de la santé (Préfet ou Directeur de l'ARH), enfin le Directeur, nommé et évalué par le Ministre de la Santé. La dimension hospitalo-universitaire renforce encore le diagnostic d'une gouvernance en panne (effets pervers du cloisonnement des services et de la stratification universitaire) en ajoutant une ampleur supplémentaire à cette complexité et à ses effets néfastes sur la gestion des gigantesques entreprises que sont les CHU ».

Ainsi, l'évolution des CHU, leur place dans leur environnement, la reconnaissance des liens avec l'Université imposent, comme cela a déjà été souligné, une évolution vers des statuts plus adaptés sur le plan juridique et administratif. Cette modification vers plus de souplesse et de réactivité face à un environnement de plus en plus compétitif doit conduire à une modification des règles de la gouvernance.

Celle-ci suppose en particulier, de définir les lieux d'exercice du pouvoir de façon à clairement identifier les instances en charge des orientations stratégiques, celles chargées des décisions et enfin des acteurs qui doivent les appliquer sur le terrain.

Dans le domaine de la gouvernance des CHU, il apparaît clairement que la taille importante de ces établissements justifie un remodelage du découpage opérationnel de l'hôpital afin de rapprocher la décision de ceux qui doivent les appliquer. Ainsi les pôles d'activités regroupant des disciplines et des unités autour d'une thématique fédératrice et disposant d'une masse critique de moyens humains et financiers pourraient constituer une deuxième réponse au problème complexe de la gouvernance des CHU.

Il convient d'insister sur le fait que dans les CHU les dimensions hospitalière et universitaire doivent être présentes et donc représentées à chaque niveau.

1) **Les instances :**

Le **Conseil d'Administration** tout d'abord doit être conforté dans son rôle stratégique et les débats d'orientation devraient y être davantage développés. Le Conseil d'Administration, présidé par le Maire de la ville centre de l'agglomération, siège du CHU, ou son représentant désigné, devrait s'appuyer sur les orientations régionales en matière d'organisation sanitaire voire même sur la dimension interrégionale de certaines activités du CHU.

La composition du Conseil d'Administration du CHU devrait renforcer la place des élus tout en évitant de transférer à cette instance des débats politiques qui n'y trouveraient pas leur place. L'ouverture à la société civile à travers des personnes qualifiées plus nombreuses paraît une avancée intéressante pour mieux insérer le CHU dans le contexte socio-économique régional.

La **Commission Médicale d'Etablissement** est aujourd'hui l'expression, à travers des élections par collèges, des différentes sensibilités médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement. L'organisation préconisée ci-dessous en pôles d'activités en nombre défini, imposerait que les responsables médicaux, pharmaceutiques ou odontologiques de ces pôles soient représentés ou présents à la Commission Médicale d'Etablissement.

Il convient que la Commission Médicale d'Etablissement ait des pouvoirs propres et délibératifs et que son Président dispose de la signature sur un certain nombre de documents stratégiques de la vie du CHU : projet médical, projet d'établissement, contrat d'objectifs et de moyens, contrat quadriennal, révision des effectifs...

Il est souhaité que les Doyens participent à la CME avec voix délibérative.

Un **Comité stratégique** regroupant la Direction Générale, la représentation de la communauté médicale par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et la communauté universitaire représentée par le ou les Doyens concernés (médecine, odontologie et sans doute bientôt pharmacie), doit être mis en place sans délai.

Cette structure doit constituer non pas un échelon supplémentaire dans la prise de décisions, mais la réelle instance de **pilotage** du CHU.

Si le Comité stratégique participe au premier rang au pilotage du CHU, il ne peut remplacer la fonction de direction qui reste par définition « unique ». Chacune des composantes du Comité stratégique apporte sa compétence propre. De plus, il est proposé que la réciproque s'applique tant aux Conseils d'UFR qu'aux Conseils d'Université, dans lesquels l'Hôpital doit être représenté par le Directeur Général et le Président de CME, avec voix délibérative.

Le comité stratégique serait ainsi le lieu de la solidarité forte entre un Directeur Général nommé par le Ministre et les autres membres, élus par les instances qu'ils animent (CME, Faculté). La signature du Président de la CME sur les documents stratégiques constituerait un moyen de renforcer cette solidarité. Si l'exercice des missions de soins d'enseignement et de recherche relevant du statut hospitalo-universitaire ne peut plus aujourd'hui être le fait de chaque individu mais d'une *équipe*, l'exercice de fonctions de responsabilités collectives au sein du CHU, comme dans tous les hôpitaux publics, relève du volontarisme et du bénévolat. Ce qui peut paraître sain au regard du fonctionnement du service public, devient un handicap profond à l'époque actuelle. Ces fonctions (Doyens, Présidents et Vice-Présidents de CME, responsables de pôles d'activités) sont complexes conduisant à renoncer à tout ou partie significative de leurs activités médicales. Elles nécessitent du temps et de la disponibilité. Il conviendrait que ces fonctions soient honorées de manière significative et que ces responsables par ailleurs puissent disposer de moyens dédiés en terme de locaux, de secrétariat et de fonctionnement. Il appartient d'ailleurs au Conseil d'Administration de définir ces moyens et d'en délibérer sur proposition du Comité stratégique.

2) Les pôles d'activités :

La contractualisation interne aux CHU constitue également une voie d'amélioration de leur efficacité. La taille importante des CHU en capacité, en budget et en effectifs nécessite de mettre en place une véritable politique de déconcentration sur la base de structures regroupant plusieurs services, de taille significative et appelées pôles d'activité.

Différents types de pôles sont suggérés : pôles transversaux (cancérologie), pôles par organes, pôles par modes communs de prise en charge, pôles selon l'âge (enfants, personnes âgées dépendantes), pôles prestataires (biologie, radiologie...).

La création de ces pôles d'activité doit être laissée à la libre initiative des CHU en particulier des Commissions Médicales d'Établissements et des Conseils d'Administration sur proposition du Comité stratégique. Dans le cas où existent des CCM, son Président devrait être associé au Comité stratégique. Les pôles d'activités devraient être à géométrie variable et expérimentaux. Ils devraient pouvoir contractualiser avec le CHU par l'intermédiaire du comité stratégique, de la CME et du Conseil d'Administration sur la base d'un document concerté et signé par le responsable de pôle, par le Directeur Général, le Président de la CME et le Doyen.

Ces pôles devraient bénéficier d'une vraie gestion *déconcentrée, responsabilisée et intéressée* (individus et structures). Ce point est important et

doit être approfondi. Sans vraie souplesse de gestion et donc sans une certaine liberté de manœuvre, la notion de pôle perdrait tout son sens et ne constituerait qu'une structure de plus. Ce point est d'autant plus important que la tarification à l'activité annoncée pour 2004 devra être intégrée dans la gestion du pôle. Il en est de même pour l'intéressement des équipes par la participation du pôle aux résultats financiers.

La déconcentration de la gestion vers les pôles impose quelques principes à respecter qui doivent dépasser les corporatismes. Chaque pôle doit avoir une dimension hospitalo-universitaire et doit pouvoir participer à des Instituts Fédératifs de Recherche. La participation au choix des collaborateurs principaux dans le respect des statuts et des compétences reconnues aux uns et aux autres, la fongibilité dans les enveloppes budgétaires du pôle, entre les catégories de dépenses ainsi qu'une marge de manœuvre financière laissée à la libre disposition de son responsable, en constituent le préalable indispensable. Il convient donc que les responsables des directions, les responsables médicaux et soignants en prennent chacun complètement conscience au-delà des notions de prérogatives corporatistes.

Le nécessaire assouplissement du statut des CHU avec en particulier, l'allègement des règles des marchés publics et de la comptabilité publique allié à une forte volonté des responsables des CHU, devra aider à cette évolution que la mission juge comme importante et essentielle.

En effet l'objectif d'intégrer les fonctions de soins, d'enseignement et de recherche sera ainsi plus facilement atteint par la création de pôles discutée et décidée en lien étroit avec l'université.

Ces pôles verraient leur activité et leur gestion évaluées par le comité stratégique. Cette évaluation devrait alimenter les modalités d'intéressement et éventuellement de renouvellement des responsables. L'évaluation doit porter bien entendu sur l'atteinte des objectifs quantitatifs et qualitatifs préalablement définis, sur les résultats médicaux, économiques et sociaux. Les règles d'intéressement, pour pouvoir atteindre leur pleine efficacité, doivent être connues au moment de la préparation du contrat du pôle.

Le pôle est dirigé par un responsable médical. Il est proposé par le comité stratégique, après consultation des médecins titulaires du pôle, fait l'objet d'avis de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration et le document de désignation visant ces avis est signé par le directeur général en sa qualité de représentant légal de l'établissement. Il est désigné pour une durée limitée dans le temps de 3 à 5 ans parmi les médecins titulaires du pôle. Le règlement intérieur du CHU en définit le caractère renouvelable et les modalités pratiques (un ou plusieurs renouvellements). Le responsable du pôle serait assisté d'un conseil et d'un comité médical pouvant associer des responsables ou représentants d'autres pôles. Il serait aidé par un cadre administratif et un cadre

infirmier désigné par le Directeur Général du CHU en concertation avec le Directeur du pôle.

La mission souligne que les CHU doivent, si ce n'est déjà fait, adapter leur système d'information à cette déconcentration de la gestion interne des CHU. La prochaine mise en place de la tarification à l'activité imposera la mise en place de comptabilités analytiques d'exploitation qui ne pourra que servir la gestion des pôles d'activité.

Nos interlocuteurs ont insisté sur la nécessité de tendre vers l'unicité géographique des activités constitutives du pôle. Ce souhait ne doit en revanche pas ralentir le mouvement de mise en place des pôles.

Ces propositions ainsi présentées concernent les structures médicales cliniques et médico-techniques ; elles peuvent tout à fait, sous réserve de quelques adaptations, s'appliquer à des activités logistiques, techniques et administratives.

D – LE CHU DANS SON ENVIRONNEMENT

Dans ce chapitre, nous évoquerons successivement la décentralisation et la régionalisation, la coopération interhospitalière et les modalités de financement des CHU.

1) **La décentralisation** :

La décentralisation décidée par le Premier Ministre et rendue opérante par le vote du Congrès ne restera pas sans conséquences sur l'organisation du système de santé et en particulier sur celle du système hospitalier. A cet égard, plusieurs régions ont évoqué certaines expérimentations en matière de décentralisation du système de santé et plus spécifiquement sur les hôpitaux. La place particulière du ou des CHU dans leur région est telle qu'il convient d'évoquer quelques réflexions et propositions dans ce domaine.

L'aménagement du territoire dans le domaine de la santé concerne principalement la planification hospitalière qui est déterminée par les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS). Il conviendrait que les élus régionaux et locaux soient davantage impliqués dans l'élaboration et la définition de ces schémas régionaux. Une solution consisterait à faire délibérer soit le Conseil Régional, soit une instance spécifique où les élus seraient largement majoritaires. L'association des usagers et des professionnels à ces délibérations reste nécessaire. Cette implication des élus dans l'élaboration et la définition des SROS permettrait une meilleure responsabilisation et implication pour la réalisation des nécessaires restructurations à l'intérieur d'une région. Ces schémas devraient s'appuyer sur un ***Projet Médical Régional*** qui a recueilli l'assentiment de la quasi-totalité des interlocuteurs de la mission. Ce projet

pourrait être utilement préparé par une agence exécutive de type ARH ou ARS qui pourrait concerter les professionnels de santé, les fédérations et les conférences hospitalières, les usagers et bien sûr les élus. Cette notion de projet médical régional permettrait d'organiser de manière beaucoup plus efficace les coopérations entre établissements et professionnels et entre établissements eux-mêmes qui seraient ainsi l'outil de réalisation de ce projet. Chaque établissement bâtirait ensuite ses projets stratégiques comme une déclinaison de ce projet médical.

La mission a pu entendre certains élus à propos de l'implication des Conseils Régionaux dans la santé. Au-delà de ce qui a été dit ci-dessus à propos de la planification, il faut citer les domaines de la formation professionnelle dans la mesure où cette compétence déjà acquise par les instances régionales, devrait intéresser les CHU en particulier pour tout ce qui concerne la formation des personnels paramédicaux. La réforme du premier cycle des études médicales vers une première année des professions de santé, va nécessiter des aménagements importants qui pourraient être discutés avec les régions. D'autres régions ont évoqué les investissements immobiliers et mobiliers. Ces orientations pourraient constituer un effet de levier, en cohérence avec le plan hôpital 2007, pour permettre le rattrapage du retard d'investissement hospitalier.

Il a été évoqué également la question des observatoires de santé qui pourraient être coordonnés par la Région.

Enfin, dans le domaine de la recherche, la reconnaissance des CHU comme lieu d'exercice d'une recherche clinique labellisée faciliterait l'implication des régions dans les projets de recherche régionaux voire interrégionaux, à l'image de la prise en compte de la recherche universitaire mais aussi de l'innovation et de la valorisation.

2) *La coopération interhospitalière régionale et interrégionale*

La restructuration du tissu hospitalier doit se concevoir dans un cadre régional. La coopération interhospitalière serait l'instrument de la concrétisation des orientations du projet médical régional et donc des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire. Cette coopération pour un CHU dans une région doit s'exercer au niveau local pour la proximité des soins, au niveau régional pour les soins de recours et de référence et au niveau interrégional pour les soins de référence spécifiques.

Les CHU, dans leur mission de soins de proximité, se doivent aussi de développer des coopérations avec les établissements et les professionnels de santé du bassin de population considéré. Il a été souligné plus haut que les outils actuels de coopération sont, soit inopérants, soit très lourds sur le plan administratif et fonctionnel. Il convient donc de proposer un autre outil inspiré

de ceux utilisés par les collectivités territoriales dans le domaine de l'intercommunalité. La modernisation des **groupements de coopérations sanitaires** (GCS) à la fois plus souples et plus efficaces, telle qu'elle est prévue par les projets ministériels actuels, pourrait apporter également une première réponse satisfaisante.

Il faut à tout prix éviter que le groupement de coopération sanitaire ne reste une coquille vide. Il serait souhaitable de lui donner les moyens juridiques et administratifs nécessaires à son efficacité dans le domaine de la coopération.

Par ailleurs, la communauté d'établissement entendue cette fois-ci au sens de l'intercommunalité mise en place par les collectivités territoriales, pourrait sans doute être une solution à la mise en place des coopérations interhospitalières. En effet, l'intercommunalité est basée sur la libre adhésion, le transfert de tout ou partie de compétences à la structure intercommunale, la prise de décisions à la majorité qualifiée et sur une incitation fiscale forte. Si, cette logique est transposée par analogie aux établissements de santé, il apparaît clairement que ce système pourrait être appliqué à la coopération interhospitalière. Les modalités d'incitation seraient à cet égard déterminantes.

La coopération peut aussi utiliser les outils existants, comme les postes partagés, les conventions de partages d'équipements, le recours aux médecins libéraux (vacations ou autres), les réseaux...

Les missions de recours du CHU qui se situent principalement sur le plan régional doivent être mises en place dans le cadre de coopérations entre établissements, en utilisant les réseaux médicaux de prise en charge des patients pour une pathologie donnée, le partage de compétences médicales (postes partagés, consultations avancées...), l'utilisation partagée d'équipements et de plateaux techniques importants.

La mission propose que soient développées les coopérations interrégionales entre les CHU d'une même interrégion. A titre indicatif la carte interrégionale ci-dessous reprend un découpage déjà utilisé.

CARTE DES INTER-REGIONS



Cette coopération entre les CHU peut utilement s'inspirer des initiatives prises dans le Nord-Ouest, dans le grand Est et dans les pays de Loire. En effet, on peut citer à cet égard, la gestion de pools communs d'emplois de chefs de clinique - assistants et d'assistants hospitalo-universitaires, la gestion de projets de recherche, la mise en place d'activités médicales très spécifiques, la gestion de projets interrégionaux communs (cancéropôles...), la création de cellules de veille technologique, la programmation et la gestion en commun de certains postes hospitalo-universitaires et hospitaliers spécifiques.

Le domaine de cette coopération concerne pour les soins de référence, les hyperspécialisations, les futurs gros équipements et toutes les activités qui nécessitent de gros moyens financiers.

Pour que la coopération interrégionale prenne toute sa signification, il conviendrait de mettre en place, sans créer de nouvelles structures, des concertations entre les agences régionales de l'hospitalisation et les CHU, dans le cadre des interrégions, sous forme de *conférences interrégionales*, regroupant outre les ARH, les trois composantes de chaque CHU appartenant à l'interrégion (directeurs généraux, présidents de CME et doyens). Une référence

obligatoire à la coopération interrégionale devrait figurer dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

Par ailleurs, des incitations fortes à la coopération interrégionale, devraient être proposées y compris avec l'instrument puissant que représente le plan d'investissement pluriannuel Hôpital 2007.

3) Les modalités de financement des CHU :

Les établissements de santé seront financés de manière significative par la *tarification à l'activité* à partir de 2004.

Cette évolution réclamée par la majorité des hospitaliers permettra de mieux prendre en compte les niveaux d'activité médicale et surtout leur évolution dans le temps. Ce financement doit s'accompagner de mesures de préparation, d'accompagnement et de prise en compte des missions de chaque établissement.

Pour les CHU, cette question est importante et la mission voudrait souligner quelques points qui leurs sont spécifiques.

La prise en compte des **missions d'intérêt général** doit être comme pour tous les établissements financés de manière ad hoc.

- Il s'agit d'abord des **urgences**, même si une partie peut être financée en fonction du volume, il n'en reste pas moins que le maintien d'une structure opérationnelle (services d'accueil et d'urgences, SAMU-SMUR, centre 15...) 24 h / 24h – 365 jours / an conduit à des frais fixes qui doivent être financés de manière forfaitaire.
- La prise en compte de la **précarité** dans le domaine des soins hospitaliers fait apparaître une prévalence de 9 % engendrant un surcoût du séjour de l'ordre de 33 %. Il conviendra là aussi que cet aspect soit pris en compte sur le plan financier.

Dans ce domaine, comme dans celui des urgences, le CHU ne se distingue pas des établissements hospitaliers qui prennent en charge des patients sans aucune exclusion.

Deux missions d'intérêt général sont spécifiques aux CHU et méritent d'être analysées de façon détaillée. Il s'agit **des fonctions d'enseignement et de recherche**. Cette analyse pose la question du surplus de 13 % dont bénéficie de manière identique l'ensemble des CHU. En réalité, il a été observé qu'il existait une grande diversité entre les CHU en raison de leur taille et de leur capacité budgétaire, il en est de même pour l'activité de recherche à moindre degré pour l'activité d'enseignement et de formation.

Dans ce domaine, il paraît important de définir des critères précis permettant d'évaluer les CHU et les facultés de médecine afin de préciser l'importance de l'effort et des moyens que ces établissements développent pour assurer ces fonctions d'enseignement et de recherche.

Il apparaîtra inévitablement une différence entre les CHU concernant le volume d'activité et les moyens utilisés pour développer l'enseignement et la recherche.

La mission recommande une progressivité de cette approche afin de ne pas créer des différences budgétaires pour les établissements entre deux années successives. La même progressivité apparaît souhaitable dans l'utilisation de la tarification à l'activité.

Dans le cadre des propositions visant à contractualiser les missions des CHU, il conviendrait que cette approche financière soit intégrée au contrat.

S'agissant de la recherche au CHU, il faut rappeler les éléments évoqués dans le rapport MARROT, qui estimait le poids de la recherche à 7 ou 8 % du budget des CHU. Il est nécessaire de définir les indicateurs permettant d'évaluer pour chaque établissement, les coûts de la recherche.

La contractualisation entre le CHU, l'université, les ministères en charge de la santé, de l'enseignement et de la recherche permettraient également de clarifier les financements et les surcoûts engendrés par cette recherche.

La Conférence des Présidents d'Université a exprimé le souhait de procéder à une évaluation précise des apports respectifs des CHU et de l'Université en matière d'enseignement et de recherche ; cette démarche permettra de clarifier les relations entre le CHU et l'université.

La prise en compte de *l'innovation médicale* doit être réelle en raison du rôle important des CHU dans ce domaine. Le développement et l'amplification d'une approche sur appel d'offres avec une procédure de contractualisation et d'évaluation nationale représenterait une voie de diffusion maîtrisée de l'innovation. Les programmes de soutien aux innovations thérapeutiques et diagnostiques devraient être mis en place. Le financement de ces innovations devrait tenir compte d'une analyse mesurant l'impact médical et économique de l'innovation.

L'innovation se définit comme un médicament, une technique ou une pratique médicale nouvelle qui se situe en aval immédiat d'une étape de validation par la recherche clinique ; elle n'est diffusée que dans un nombre restreint d'établissements ; son surcoût n'est pas pris en compte par le PMSI et en particulier ne relève pas fréquemment d'un GHM précis. Son champ d'application concerne l'ensemble des activités hospitalières (hospitalisation, consultations, actes...)

Plusieurs études montrent que le dispositif PMSI de réallocation budgétaire entre hôpitaux est mis en défaut dans le domaine des innovations technologiques et médicamenteuses. Différentes solutions peuvent être envisagées. La mission propose qu'à partir d'une liste d'innovations soit procédé à un appel d'offres, puis à une procédure de contractualisation et d'évaluation. Chaque équipe engagée dans un processus de ce type devra produire l'évaluation médico-économique de l'impact de cette innovation. A ce titre, les différentes compétences d'évaluation concentrées dans les CHU et les facultés de médecine, devront être utilisées pleinement. Comme pour la recherche, ces évaluations devront être réalisées de manière équivalente à celles conduites dans les EPST.

La mission insiste enfin sur la nécessité de faire passer rapidement, après la phase d'évaluation, les innovations dans le dispositif de tarification à l'activité.

Les CHU doivent s'intégrer, comme les autres établissements, de manière progressive et accompagnée dans le processus de financement par la tarification à l'activité.

La prise en compte des procédures et produits médicaux spécialement coûteux peut poser problème aux CHU, aux centres de lutte contre le cancer ainsi qu'à certains établissements publics ou privés. Cependant, c'est bien dans les CHU que se concentre de plus en plus, l'utilisation de ces techniques et produits coûteux.

Afin d'éviter de pénaliser les établissements qui, pour un GHM donné, auraient à supporter le coût important d'une molécule ou d'un dispositif innovant, deux types de solutions peuvent être proposées :

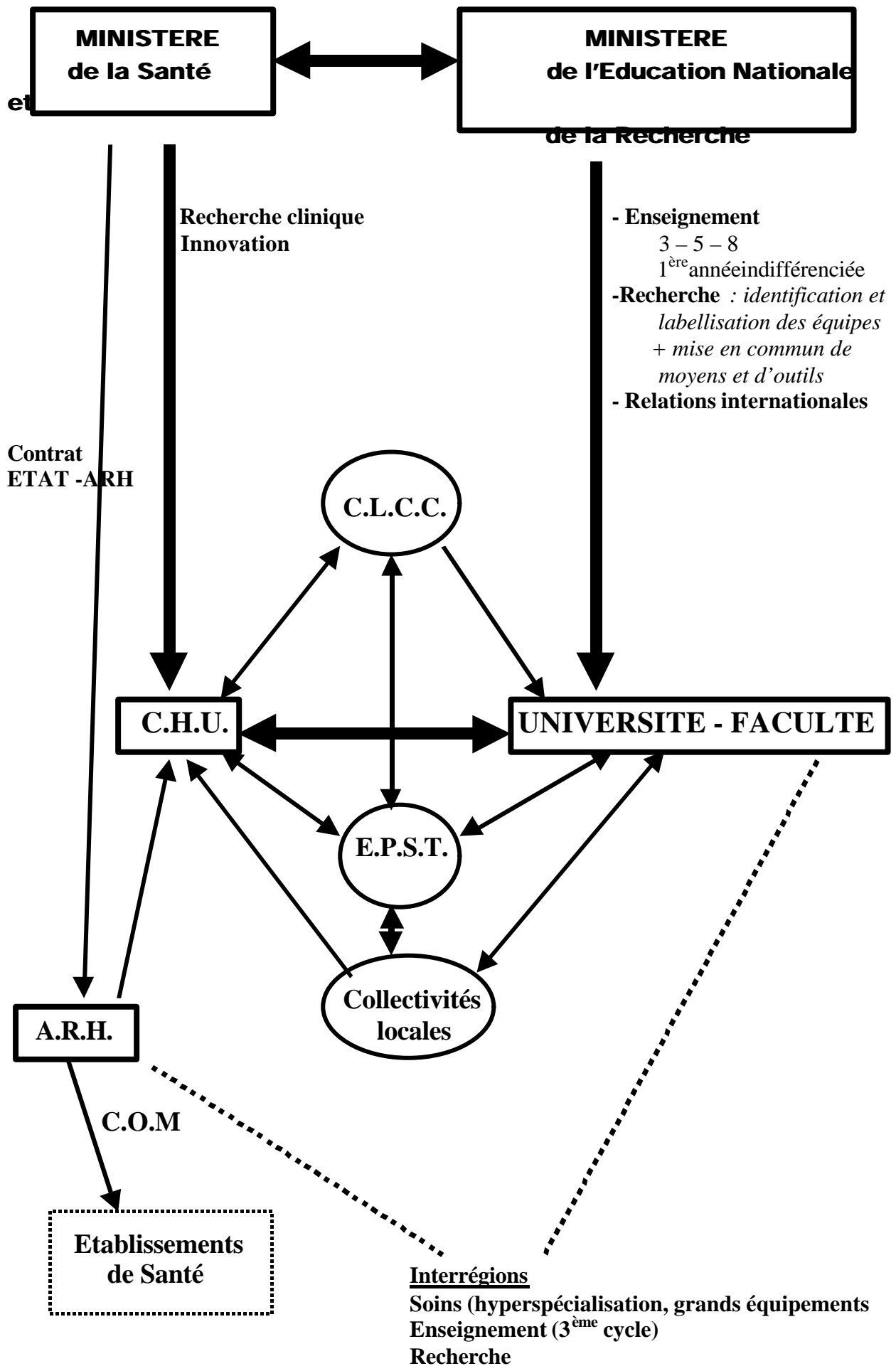
- 1) valoriser en nombre de points ISA supplémentaires, ce surcoût comme cela est le cas actuellement pour les chimiothérapies.

- 2) multiplier le nombre de GHM afin de prendre en compte les évolutions médicales ; il serait dès lors nécessaire d'actualiser les créations et les suppressions de GHM, chaque année.

VI - CONTRACTUALISATIONS

La mission considère qu'une des principales propositions pour améliorer le fonctionnement des CHU et augmenter leurs performances passe par une double contractualisation dans le domaine des soins d'une part et dans celui de l'enseignement et de la recherche d'autre part. Cette dernière contractualisation existe déjà dans le cadre des contrats quadriennaux passés entre l'université et l'Etat.

Le schéma ci-dessous décrit et résume les différents types de liens et contrats qui existent entre les différents acteurs hospitaliers et universitaires.



A - LA CONTRACTUALISATION DANS LE DOMAINE DES SOINS

La contractualisation dans le domaine des soins s'appuie sur l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour les soins de référence, de recours et de proximité.

Le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) passé entre l'ARH et le CHU doit prendre en compte la spécificité elle-même des CHU qui impose que les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) la reconnaissent.

Les SROS, élaborés à l'appui d'un Projet Médical Régional qui reconnaîtra le rôle de recours et de référence des CHU de la région, pourront inspirer largement le Contrat d'Objectifs et de Moyens passé entre le CHU et l'ARH.

Ces Contrats d'Objectifs et de Moyens doivent prendre en compte également les coopérations interrégionales qui devront faire l'objet d'une concertation, telle qu'elle a été décrite précédemment.

A cet égard et compte tenu du poids que les CHU représentent dans leur région, il apparaît sans doute nécessaire que les contrats entre le Ministère de la Santé et les ARH permettent d'assurer la pérennité des actions entreprises par les CHU.

Dans le domaine de la contractualisation interne, la section consacrée aux pôles d'activité montre clairement qu'il est nécessaire d'établir une contractualisation forte entre l'institution CHU et les pôles d'activités définis ci-dessus.

Cette contractualisation interne doit prendre en compte l'activité médicale sur le plan qualitatif et quantitatif en s'appuyant sur les données du PMSI dont il faut rappeler qu'il devient l'outil essentiel du financement des hôpitaux. Il est en effet nécessaire qu'il y ait cohérence entre les indicateurs utilisés dans le cadre de la contractualisation externe et ceux utilisés à l'intérieur du CHU, même s'ils peuvent être plus fins à ce niveau.

Les moyens prévus et utilisés par le pôle doivent faire l'objet d'une négociation, d'une contractualisation et d'une évaluation. Cette évaluation doit pouvoir conduire à des modalités d'intéressement pour le pôle concerné.

Il est important d'insister pour que l'intéressement des structures concernées s'appuie à la fois sur des résultats *quantitatifs* (respect des engagements d'activités et de dépenses) et sur des aspects *qualitatifs* qui doivent être négociés préalablement à la signature du contrat.

B - LA CONTRACTUALISATION ASSOCIANT LE MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE AU MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

La contractualisation conduite entre le Ministère de l'Education Nationale et chaque université dès 1990 a fait la preuve de son efficacité. Elle a en effet permis que puisse s'établir un véritable projet d'établissement associant l'ensemble des composantes universitaires qui après une analyse de leurs forces et leurs faiblesses ont pu dégager des objectifs stratégiques sur quatre ans tant en matière d'enseignement que de recherche mais aussi concernant les spécificités propres à chaque établissement. Aujourd'hui ce contrat quadriennal associe, pour la recherche, les EPST et il faut souhaiter que les collectivités territoriales, particulièrement les Conseils Régionaux, aient la volonté de s'y associer en référence à la décentralisation en cours. Une telle attitude permettrait de mieux associer le projet d'établissement aux opérations inscrites au Contrat de Plan Etat Région s'agissant des investissements et des projets en rapport avec la recherche, les relations internationales, l'accueil et la mobilité des étudiants, la politique documentaire, ...

Les facultés de médecine tout comme celles d'odontologie et de pharmacie, composantes de l'université, participent au projet d'établissement qui toutefois méconnaît les aspects qui lient nécessairement l'université à l'hôpital.

Un certain nombre de propositions faites dans le chapitre V trouverait un support logique dans le contrat quadriennal dans la mesure où le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées s'associerait au Ministère de la Jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche pour l'établissement d'un *contrat spécifique* au secteur hospitalo-universitaire. Une telle contractualisation favoriserait l'évaluation ainsi que la remise en cause périodique de certaines orientations. Ce contrat permettrait par ailleurs une actualisation régulière de la convention qui lie l'hôpital à l'université.

Ce contrat pourrait être signé par le Président de l'Université et le Directeur Général du CHU. Il associerait également le Doyen de la faculté de médecine et le Président de la CME renforçant ainsi la gouvernance du CHU.

Un *Comité pour les Affaires Hospitalo-Universitaires* pourrait être placé auprès du Ministère de la Jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche et du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées afin d'examiner, pour avis, les questions qui lui seraient soumises et relatives aux CHU et à leur évolution.



