

**INSPECTION GENERALE DES
AFFAIRES SOCIALES**

n° 2004 060

**INSPECTION GENERALE DE
L'ADMINISTRATION DE
L'EDUCATION NATIONALE ET
DE LA RECHERCHE**

n° 2004 033

**Evaluation des conventions
constitutives des centres
hospitaliers et universitaires**

Rapport présenté par

Madame le docteur Françoise LALANDE et Monsieur Jean DEBEAUPUIS

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Messieurs Thierry MALAN et Thierry SIMON

*Membres de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation
nationale et de la recherche*

Juillet 2004

L'IGAS et l'IGAENR ont été chargées conjointement par les ministres chargés de la santé et de l'éducation nationale d'une mission sur « les conventions constitutives des CH&U » et sur les moyens de rendre plus dynamique le lien entre le CHU et l'université, et de mieux accomplir la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

Cette demande s'inscrit dans une réflexion d'ensemble sur les moyens de remédier aux difficultés de l'hôpital (réforme de la tarification, plan hôpital 2007) et de l'université (renforcement de l'autonomie des universités et de la contractualisation avec l'Etat, mise en place du système LMD¹, etc).

La mission a été confiée, pour l'IGAENR à MM. Thierry MALAN et Thierry SIMON et, pour l'IGAS, à M. Jean DEBEAUPUIS et au Docteur Françoise LALANDE.

Le CH&U se définit, sauf exceptions², comme un couple formé par un centre hospitalier régional et une université pourvue d'une faculté de médecine, ayant passé une « convention constitutive », au sens de l'ordonnance du 30 décembre 1958 (codifiée à l'article L.6142-3 du code de la santé publique) et dont la triple mission est d'assurer les soins, l'enseignement et la recherche.

1- LE MODE ACTUEL DE RELATION ENTRE HÔPITAL ET UNIVERSITÉ EST OBSOLÈTE

Dans la dynamique de l'ordonnance de 1958 et de ses textes d'application, les conventions constitutives ont été signées pour la plupart dans les années 70, et n'ont connu par la suite que de simples avenants.

Depuis, les facultés de médecine initialement signataires ont perdu la personnalité morale au profit des Universités, au sein desquelles elles sont devenues de simples UFR, sans que les conventions ne soient refaites. Or ce sont maintenant les présidents d'université qui gèrent personnels non enseignants et patrimoines, même si les directeurs d'UFR médicales (les « doyens ») continuent à bénéficier d'une importante délégation de pouvoir (article 32 de la loi Savary).

Par ailleurs, ces conventions, qui ont un objet essentiellement patrimonial, identifient - comme dans un contrat de mariage - ce que chaque partie apporte à la communauté et les responsabilités de chacun, conformément à la convention type du décret du 24 juin 1963. Mais elles ne traitent pas de la façon dont l'hôpital et l'université envisagent d'assurer leurs missions de soins, d'enseignement et de recherche, et aucun document stratégique de ce type n'existe. Dans la mesure où les questions de locaux, d'équipement, de fluides et de répartition des charges n'ont pas été mises à jour, les conventions - déjà limitées dans leur ambition et leur intérêt- ont donc aujourd'hui perdu toute pertinence.

¹ Licence, Master, Doctorat : système européen fondé sur des possibilités de reconnaissance mutuelles des diplômes à ces trois niveaux favorisant la mobilité et fondé sur le principe d'unités capitalisables d'enseignement, le système européen de transfert de crédits (ECTS).

² AP-HP (1 CHR et 7 universités), CHU de Montpellier-Nîmes et CHU Antilles-Guyane (2 CHR et une université)...

En outre, il n'existe pas de concordance de calendrier entre les différents textes de contractualisation que les universités et les établissements de santé concluent chacun de leur côté. Le contrat quadriennal des universités et le projet d'établissement hospitalier ne donnent lieu ni à échange d'informations, ni à élaboration formalisée de projets communs. Les plans d'action universitaires (U 2000, U3M) ne prennent pas suffisamment en compte la dimension santé.

Enfin, les hôpitaux et les universités ne sont pas incités à mettre en commun leurs moyens et à passer des alliances, que ce soit dans un but d'enseignement (passerelles au niveau du premier cycle, mise en commun de moyens pour le deuxième et troisième cycles) ou dans un but de recherche. A ce sujet, les conventions d'association du CHU avec d'autres établissements (centres de lutte contre le cancer, établissements de santé PSPH) que l'ordonnance de 1958 avait prévues dans son article 5, sont restées limitées à des objectifs ponctuels (mise à disposition de quelques personnels hospitalo-universitaires), et ne font pas l'objet d'une stratégie d'ensemble explicite d'enseignement et de recherche.

2 – LES CH&U REMPLISSENT LEURS MISSIONS DE RECHERCHE DE FAÇON INÉGALE ET AUCUN SYSTÈME NE LES INCITE À LES REMPLIR MIEUX

Les CHU occupent une place centrale en matière de recherche biomédicale, qu'il s'agisse de recherche fondamentale (menée dans les unités des EPST³ associées aux CHU ou les laboratoires universitaires), ou de recherche clinique (essais cliniques effectués dans les services hospitaliers eux-mêmes). A ce titre (avec les CLCC et certains PSPH), ils bénéficient d'un taux d'abattement identique de 13 % sur les comparaisons de coûts de production des soins.

2.1- S'agissant de recherche fondamentale, celle-ci se mesure surtout au nombre de structures labellisées et dûment évaluées⁴ (sur la base des publications, de l'impact factor, etc) Dans ces conditions, on peut distinguer 3 catégories de CHU :

- Les « forts chercheurs » comprenant 8 CHU : Paris, Marseille, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Strasbourg et Montpellier, qui regroupent près des trois quarts des capacités de recherche fondamentale, dans tous les domaines ;
- un groupe intermédiaire de 5 CHU (Nantes, Grenoble, Nice, Rennes, Nancy) actif sur un ou deux secteurs seulement ;
- enfin un groupe de 14 CHU à activité parfois émergente, parfois inexistante.

2.2. S'agissant des essais cliniques directement promus par les CHU, on pouvait s'attendre à une meilleure répartition sur l'ensemble du territoire, dans la mesure où cette recherche ne réclame pas d'infrastructures lourdes. Or, qu'il s'agisse d'expérimentation de médicaments ou de recherche cognitive, les 3 premières régions (Ile de France, PACA, Rhône-Alpes), avec notamment les 3 premiers CHU (AP-HP, AP de Marseille, Hospices civils de Lyon) et les CLCC les plus actifs, comptent pour un peu plus de 40 % de l'activité de recherche. Les dix premières régions assurent plus de 75 % de ce type de recherche (Pays

³ Etablissements publics scientifiques et techniques, ce sont les grands organismes de recherche type CNRS ou INSERM.

⁴ évaluation par OST, MJENR, INSERM, CNRS, etc. aboutissant à la reconnaissance d'un institut fédératif de recherche, la labellisation des équipes INSERM et CNRS, etc.

de Loire, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, dans tous les cas, Bretagne, Haute et Basse Normandie, Alsace et Auvergne de façon variable). A contrario, certains CHU (Reims, Brest, Besançon, Nancy, Poitiers, Antilles-Guyane, Nîmes) n'en font pratiquement aucune. Le Languedoc-Roussillon, bien placé en matière de recherche fondamentale, ne tient qu'un rôle limité en matière de recherche clinique. Même à l'intérieur des grands CHU, et notamment de l'AP-HP, seule une partie des sites participe réellement à l'effort de recherche.

Au nom d'une politique d'aménagement du territoire, on a jusqu'ici traité de la même façon les établissements actifs et les autres. Pour favoriser l'effort de recherche, il faut revenir à un financement plus sélectif. L'exemple de certains CHU, comme Nantes ou Grenoble, qui ont su développer certains domaines de recherche, montre que des stratégies efficaces permettent de rester performants. L'exemple des cancéropôles montre également que les synergies interrégionales doivent être encouragées, pour donner une impulsion nouvelle au dispositif.

3 – LE SYSTÈME DE FORMATION TRAVAILLE DE FAÇON AVEUGLE, SANS S'ADAPTER AUX ÉVOLUTIONS PRÉVISIBLES OU NÉCESSAIRES

Une des premières fonctions des CHU est de former les futurs personnels de santé en fonction des besoins prévisibles, tant pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers. On pourrait donc penser que les CHU sont bien placés pour assurer leur propre relève. Il n'en est malheureusement rien.

3.1 - L'appréciation des besoins de formation des professions de santé devrait résulter d'une analyse prospective des besoins de santé, qui se déduirait elle-même de l'évolution démographique de la population et des professionnels et de l'épidémiologie de certaines pathologies, tant au niveau national que régional. A partir de là, l'offre de formation devrait être modulée en fonction des évolutions souhaitées de l'offre de soins. Or, cette modulation n'a pas véritablement lieu, pour des raisons qui tiennent tant à l'insuffisance de la prospective conjointe des deux ministères qu'aux limites constatées dans la mise en œuvre des instruments de pilotage.

En fait, l'analyse des effectifs annuels d'étudiants en médecine, odontologie et pharmacie reste sommaire, faute d'outils adéquats. Leur part relative est pour l'instant relativement faible (11% des étudiants inscrits) mais devrait rapidement doubler, suite aux relèvements du *numerus clausus* déjà opérés depuis 6 ans. Cette évolution n'est pas anticipée, ni même souvent connue. La mission a estimé à environ 100 000 le nombre d'étudiants inscrits supplémentaires dans les 3 filières de médecine, odontologie et pharmacie d'ici 2012, voire davantage selon les hypothèses envisagées pour la réforme de la première année des études de santé.

3.2 - L'effort de formation n'est pas identique dans tous les CH&U, tant au niveau quantitatif que qualitatif. Une grande majorité des 146 000 étudiants inscrits en médecine, pharmacie, odontologie le sont dans les quinze universités les plus anciennes. La diversité des taux de réussite à l'internat à l'issue du deuxième cycle atteste d'importantes différences : 75 % à Paris V- Cochin ou à la Salpêtrière, moins de 40 % dans certains CHU, pour un taux moyen national de l'ordre de 58 % en 2003.

Mais c'est surtout au niveau du troisième cycle que se situent les difficultés, faute de connaissance fine des choix opérés par les futurs spécialistes et faute d'un suivi longitudinal

des parcours. Le troisième cycle des études médicales a en effet la particularité de représenter presque la moitié des étudiants inscrits, sans que l'on sache clairement où et comment se font les flux de sortie, et quelle est la destination des étudiants formés. D'ores et déjà, compte tenu du nombre de DES en formation et des évolutions démographiques des praticiens, certaines spécialités sont menacées : hématologie, stomatologie, oncologie, rééducation et réadaptation fonctionnelle et neurochirurgie. S'agissant des DESC, peuvent être ajoutées la gériatrie, la chirurgie maxillo-faciale et, vraisemblablement, la chirurgie infantile.

Il convient de noter d'une part, que ce ne sont pas toujours les spécialités qui ont fait le plus parler d'elles qui sont les plus menacées, d'autre part que ces pénuries risquent de perturber gravement les priorités de santé publique affichées dans le domaine du handicap, de la sécurité routière, des personnes âgées et du cancer, enfin que ce sont avant tout les spécialités d'exercice purement hospitalier qui sont les plus touchées, le CHU se montrant dans l'incapacité de former les personnels dont il a, lui-même, besoin.

En outre, les petits CHU ne forment pratiquement plus à certaines spécialités, notamment les plus déficitaires. Dans la mesure où cette formation se faisait pratiquement sans mobilité, et sans l'ouverture nécessaire, on ne sait pas s'il faut le regretter sur un strict plan qualitatif, mais le problème quantitatif reste entier.

3.3 – le personnel qui concourt en pratique à l'enseignement est mal identifié. Si l'effectif de chaque catégorie statutaire est connu, le temps réellement passé par ces personnels à former des étudiants est difficile à appréhender. D'une part, les hospitalo-universitaires se partagent entre leurs trois missions, auxquelles s'ajoutent activité administrative, activité libérale ou activité d'intérêt général et expertises, d'autre part, des personnels n'ayant pas un statut d'enseignant (par exemple les PH) apportent un concours qui n'est pas mesuré. De ce fait, il est impossible de prévoir l'impact de la croissance des effectifs étudiants en santé sur les besoins en personnels de formation.

Ces dix dernières années les redéploiements des postes de PU-PH ont été limités et contestables, faute de critères explicites et d'indicateurs de l'activité de recherche et d'enseignement.

3.4 La mise en place de réformes majeures de l'enseignement devrait en modifier sensiblement les modalités. Deux éléments sont à prendre en compte à ce titre : le projet de réforme de la première année du PCEM, comportant l'universitarisation d'un certain nombre de professions de santé et la mise en place du LMD.

Le premier, outre ses effets quantitatifs, modifierait l'enseignement de la première année en le décomposant en modules assimilables à des crédits européens et introduirait deux grandes modalités d'accès au concours, l'une centrée sur les disciplines scientifiques, l'autre sur les sciences humaines et sociales, les deux pouvant ouvrir à l'ensemble des carrières médicales.

Le LMD, quant à lui, devrait rénover en profondeur l'ensemble des études en accentuant les enseignements pratiques déclinés en modules capitalisables dans le cadre du système européen de transfert de crédits. La mission relève cependant que la mise en place du LMD pose des problèmes spécifiques au niveau du master professionnel en médecine et chirurgie dentaire, ce niveau ne permettant ni en France, ni dans les autres pays européens,

l'exercice de la médecine ou de la dentisterie. Quoiqu'il en soit, ces évolutions constitueront un remodelage substantiel des enseignements dont les conséquences ne sont pas, à ce stade, clairement identifiées.

3.5 Les incidences budgétaires de ces évolutions devraient être importantes. Les coûts de formation ne sont pas connus mais les rares études parcellaires existantes montrent qu'ils sont plus élevés pour les études de santé que pour toutes les autres grandes filières, scientifiques, juridiques ou littéraires. La montée en puissance des études de santé devrait donc se traduire par une augmentation des dépenses que personne n'est, en l'état actuel des choses, en mesure d'évaluer.

Au bout du compte, le système de formation produit – pour un coût plus élevé que pour les autres formations- des spécialistes dont on n'a pas forcément besoin, qui s'installent dans des régions où ils ne sont pas forcément nécessaires, alors qu'il ne produit pas d'autres spécialistes ou des généralistes dont on a absolument besoin, pour s'installer là où ils seraient indispensables.

4 –LE RÔLE DE RECOURS SE DECLINE DIFFEREMMENT SELON LES CHU

En termes de soins, le rôle des CH&U porte à la fois sur l'accueil de proximité et sur la fonction de recours, à la fois technique et géographique. Cette dernière mission se conçoit comme une admission du malade en seconde intention, du fait de la difficulté technique du diagnostic ou du traitement, du besoin d'un équipement ou d'une spécialité, ou de la lourdeur des pathologies accueillies.

En fait, la mission a pu constater à quel point ce rôle était rempli de façon variable d'un CHU à l'autre, en fonction de la réputation et de l'attractivité de celui-ci. Les études de typologie de la DREES n'ont permis à ce jour d'identifier qu'un indicateur indirect et imparfait, le taux de séjours correspondant à un Groupe homogène de malades supérieur à 4.000 points ISA. Ce taux varie selon les sites de CHU entre 1% et 10%, mais ne dénote une fonction de recours effective qu'au-delà de 4%, plusieurs établissements non CHU dépassant d'ailleurs ce seuil.

L'estimation forfaitaire à 13% d'un surcoût de dépenses lié aux charges d'enseignement et de recherche des CHU, outre qu'elle ne repose sur aucune étude précise, ne constitue pas un mode de financement adapté. Son montant ne peut être tenu pour représentatif de la réalité, compte tenu de la disparité des charges et des moyens d'enseignement et de recherche constatée, d'autant que les coûts de production des établissements dans le cadre de cette tarification sont extrêmement dispersés. Il apparaît que les CH&U les plus actifs engagent des dépenses qui ne sont pas couvertes par les 13% et sont, de ce fait, désavantagés par le système.

La mission propose trois pistes de travail : identifier et financer séparément les rémunérations des internes, sous une forme mutualisée entre établissements dans le cadre de l'interrégion, par une MIGAC spécifique, identifier et financer séparément les dépenses de recherche clinique et favoriser l'identification des temps médicaux (HU et PH) consacrés à l'enseignement et à la recherche en fixant des effectifs cibles hospitalo-universitaires par CH&U, puis en finançant les effets indirects de ces activités en distribuant les 13 % pour partie de manière forfaitaire et pour partie en fonction de l'activité réelle constatée. L'objectif

serait de créer ainsi des incitations à faire progresser les établissements vers l'excellence, à développer des alliances en enseignement et recherche et à renforcer la qualité de la formation en troisième cycle.

5 – IL EST DONC NECESSAIRE DE REFONDER LE LIEN ENTRE UNIVERSITE ET CHR SUR DES BASES CLAIRES

5.1- les partenaires doivent être mieux identifiés et les conditions d'association doivent être précisées

La place des présidents d'université doit être explicitée, à côté de celle des doyens. La mission propose de tirer les conclusions de la constitution des universités en établissements véritables organisés autour d'un projet global, dans lequel les composantes santé doivent s'insérer au même titre que les autres composantes, même si leur spécificité doit continuer à être reconnue. Dès lors, le partenaire véritable de l'hôpital est bien l'université et non sa seule composante médicale, odontologique ou pharmaceutique. Le rôle et la place du président doivent être prééminents sur ceux du directeur de l'UFR. Ce point est d'autant plus important pour l'enseignement et la recherche que les disciplines de santé sont conduites à s'ouvrir sur les autres grandes disciplines universitaires, comme le droit, les sciences, l'économie ou les sciences humaines et sociales. Enfin, la nécessité pour la recherche et l'enseignement d'atteindre un niveau européen et international dans la compétition mondiale plaide également pour un renforcement du pilotage global par les présidents auxquels seraient associés les doyens. Les modes de concertation des différents acteurs doivent être formalisés, pour favoriser la transparence des choix.

5.2 - les périmètres et les financements des différentes missions, ainsi que leurs modes d'évaluation doivent être redéfinis

Tous les établissements ne sont pas équivalents pour chacune des missions et certains manifestent plus de dynamisme que d'autres. Il faut donc redéfinir, dans chaque région, les périmètres d'enseignement HU (premier cycle partout, alliances pour le deuxième et le troisième cycle), les périmètres de recherche, ceux de soins (premier recours local ou régional) en associant des établissements actuellement « non CHU » de façon stratégique globale, pour l'une ou l'autre de ces missions (éventuellement dissociées) et réévaluer tous les 4 ans les services actifs participant aux périmètres ainsi définis. Ces périmètres devraient être validés par une autorité externe et des financements spécifiques pourraient être accordés.

5.3 – il convient de mettre fin à certaines fictions historiques

La triple mission d'enseignement, de recherche et de soins que les PU-PH sont censés exercer simultanément, en vertu du décret n° 84-135 du 24 février 1984, apparaît dans la réalité comme une fiction. Très peu nombreux sont ceux qui assurent véritablement simultanément ces trois missions tout au long de leur carrière. En règle générale une ou deux de ces missions l'emportent à un moment au détriment des autres. La mission propose de prendre acte de cette réalité en permettant aux intéressés de mener ces trois missions de manière échelonnée dans le temps et avec des intensités variables.

Le temps hospitalo-universitaire ne fait jamais l'objet d'une évaluation. Mais ce temps illimité ne correspond pas à la réalité. Parallèlement, le temps médical consacré par les

praticiens hospitaliers aux missions d'enseignement et de recherche n'est pas évalué non plus alors qu'il est loin d'être négligeable. On a ainsi une imbrication des fonctions dans le cadre de statuts différents qui appelle un réexamen du temps médical en fonction de la réalité constatée, et une meilleure utilisation des statuts.

6- LES PROPOSITIONS DE LA MISSION

La mission examine les avantages et les inconvénients de deux scénarios qu'elle écarte, la suppression de la convention constitutive et celles des dispositions dérogatoires ; elle formule en revanche 21 propositions pour refonder le lien entre l'université et le CHU, en lui donnant une base stratégique et en favorisant le dynamisme, la complémentarité et la performance des établissements. Le rapport détaille ces propositions.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
CHAPITRE 1 : LE MODE ACTUEL DE RELATION ENTRE HOPITAL ET UNIVERSITE EST OBSOLETE.....	6
1.1 LES CONVENTIONS CONSTITUTIVES DES CH&U SONT DÉSORMAIS CADUQUES.....	7
1.1.1 <i>Les conventions ont été signées à une date ancienne et n'ont pas été mises à jour.....</i>	7
1.1.2 <i>Les conventions qui lient le CHR à l'université s'apparentent plus à un contrat notarial qu'à un document stratégique.....</i>	8
1.1.3 <i>Les conventions constitutives ont été signées par des personnalités morales aujourd'hui disparues.....</i>	9
1.2 LES CONVENTIONS D'ASSOCIATION DU CH&U AVEC D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS SONT LIMITÉES À DES OBJECTIFS PONCTUELS	9
1.2.1 <i>Les conventions d'association sont passées avec des établissements variés</i>	9
1.2.2 <i>Les effets de ces conventions sont limités.....</i>	11
1.3 LES MODES DE CONCERTATION ENTRE LE CHR ET L'UNIVERSITÉ NE SONT PAS FORMALISÉS.....	11
1.4 LES DIFFÉRENTS DOCUMENTS DE CONTRACTUALISATION NE SONT PAS ARTICULÉS ENTRE EUX	12
1.4.1 <i>Les procédures contractuelles des universités</i>	13
1.4.1.1 <i>Le contrat quadriennal entre l'Etat et les universités.....</i>	13
1.4.1.2 <i>Les plans U 2000 ET U3M constituent le second type de relations contractuelles des universités.....</i>	16
1.4.2 <i>Les procédures contractuelles des CHU.....</i>	19
1.5 LES HÔPITAUX ET LES UNIVERSITÉS NE SONT PAS SUFFISAMMENT INCITÉS À PASSER DES ALLIANCES.....	19
1.5.1 <i>La nécessité de l'interdisciplinarité concerne aussi bien l'enseignement que la recherche.....</i>	20
1.5.2 <i>Une masse critique suffisante permet une visibilité internationale</i>	20
CHAPITRE 2 - LES CH&U REMPLISSENT LEURS MISSIONS DE RECHERCHE DE FACON TRES INEGALE	22
2.1 L'EFFORT DE RECHERCHE CLINIQUE EST CONCENTRÉ DANS LES GRANDS CH&U.....	22
2.1.1 <i>La mesure de l'effort de recherche clinique menée par les CHU et les CLCC fait souvent l'objet de surestimation.....</i>	22
2.1.2 <i>L'effort de recherche clinique proprement dit reste assez circonscrit</i>	23
2.1.2.1 <i>Les essais cliniques de produits de santé promus par les CHU et les CLCC</i>	24
2.1.2.2 <i>Les recherches biomédicales (RBM) à visée cognitive.....</i>	26
2.1.2.3 <i>Les résultats du PHRC</i>	27
2.2 LA RECHERCHE FONDAMENTALE RÉCLAME UN MINIMUM DE MASSE CRITIQUE.....	29
2.2.1 <i>L'intensité de la recherche fondamentale peut se mesurer au nombre de structures labellisées et évaluées</i>	29
2.2.1.1 <i>Les Instituts fédératifs de recherche (IFR).....</i>	30
2.2.1.2 <i>Les unités INSERM.....</i>	31
2.2.2 <i>La coopération interrégionale prend une dimension croissante. L'exemple des génopoles et des cancéropoles.....</i>	31
2.2.3 <i>Les moyens affectés à la recherche sont difficiles à mesurer.....</i>	32
2.2.4 <i>Deux types de recherche doivent être distingués</i>	33
2.3 LES DONNÉES MACROÉCONOMIQUES SUR LA RECHERCHE NE PERMETTENT PAS D'APPRÉCIER LES EFFORTS PAR SITE	34
2.3.1 <i>Les données macroéconomiques</i>	34
2.3.2 <i>Les données disponibles pour les CH&U.....</i>	35
CHAPITRE 3 – LE SYSTEME DE FORMATION TRAVAILLE DE FACON AVEUGLE, AVEC UNE CAPACITE D'ADAPTATION TROP FAIBLE.....	37
3.1 LES BESOINS D'ENSEIGNEMENT SONT MAL CONNUS, ALORS MÊME QU'ON SAIT QU'ILS VONT S'ACCROÎTRE ET QUE LES ÉTUDES MÉDICALES COÛTENT CHER	37
3.2 LA QUALITÉ ET LA NATURE DES ENSEIGNEMENTS DE DEUXIÈME ET TROISIÈME CYCLE POSENT DE TRÈS GRAVES PROBLÈMES.....	40
3.2.1 <i>La qualité du deuxième cycle ne fait pas l'objet de contrôles.....</i>	40
3.2.2 <i>L'insuffisance de prospective concerne avant tout le troisième cycle</i>	40
3.2.2.1 <i>La fixation du nombre de postes d'internes n'est pas sous-tendue par une prévision fine des besoins</i>	41

3.2.2.2	Le nombre de « services formateurs » est excessif.....	43
3.2.2.3	L'inscription en DES ou DESC n'est pas suffisamment régulée.....	44
3.2.2.4	Les DU se multiplient, sans visibilité.....	48
3.2.2.5	Le passage entre formation et installation n'est pas modélisé.....	48
3.3	LES ÉVOLUTIONS QUANTITATIVES ET QUALITATIVES DE L'ENSEIGNEMENT SONT POURTANT PRÉVISIBLES.....	50
3.3.1	<i>La remontée du numerus clausus va fortement augmenter la charge d'enseignement</i>	50
3.3.1.1	Une première prospective nationale (2002-2012).....	50
3.3.1.2	Cette prospective doit être affinée par région et UFR.....	53
3.3.2	<i>La nature même de l'enseignement évolue, mais les conséquences n'en sont pas toutes tirées</i>	54
3.3.2.1	La réforme de la première année d'études commune aux professions de santé.....	54
3.3.2.2	L'espace universitaire européen et le schéma Licence-Master-Doctorat.....	57
3.4	L'EFFORT D'ENSEIGNEMENT DES CH&U EST INDÉNIABLE, MAIS MAL QUANTIFIÉ.....	59
3.4.1	<i>Les personnels concourant réellement à l'enseignement sont mal identifiés</i>	59
3.4.2	<i>Les redéploiements entre 1993 et 2003 des effectifs hospitalo-universitaires ont été très limités</i> 61	61
3.4.2.1	Des redéploiements limités par discipline.....	61
3.4.2.2	Des redéploiements limités par CH&U.....	62
CHAPITRE 4 - CERTAINS SITES DE CHU ONT UNE SPECIFICITE FAIBLE EN SOINS DE RECOURS		70
4.1	LA NOTION DE « RECOURS » RECOUVRE DES PROBLÉMATIQUES DIVERSES.....	70
4.2	LES CH&U SE RÉPARTISSENT EN DIFFÉRENTES CATÉGORIES.....	70
4.3	LE FINANCEMENT DES SOINS DANS LES CH&U : UN SYSTÈME FORFAITAIRE OPAQUE ET PEU DYNAMIQUE.....	72
CHAPITRE 5 - LE LIEN ENTRE UNIVERSITE ET CHR DOIT ÊTRE ETABLI SUR DE NOUVELLES BASES		76
5.1	LES PRINCIPES DE REFONDATION DU DISPOSITIF.....	77
5.1.1	<i>Les partenaires doivent être mieux identifiés et les conditions de gouvernance et de coopération doivent être formalisées</i>	77
5.1.1.1	La place des présidents d'Université et celle des doyens doit être précisée.....	78
5.1.1.2	Les autres disciplines universitaires doivent être associées.....	80
5.1.1.3	La coopération de site avec les EPST doit être plus étroite.....	83
5.1.2	<i>Les périmètres doivent être redéfinis</i>	84
5.1.3	<i>Le regroupement et l'atteinte de la taille critique sont essentiels</i>	85
5.1.4	<i>Des objectifs stratégiques et des incitations financières adaptées doivent être définis</i>	86
5.1.4.1	Le renforcement de la coopération interrégionale.....	87
5.1.4.2	Une plus grande valorisation de l'effort de recherche clinique.....	87
5.1.4.3	L'identification des temps médicaux consacrés à l'enseignement et la recherche.....	87
5.2	LES DIFFÉRENTS SCÉNARIOS POSSIBLES.....	89
5.2.1	<i>Deux scénarios législatifs sans convention constitutive : la fusion du CH&U et la fin des dispositions dérogatoires</i>	90
5.2.1.1	La fusion du CH&U en une seule personne morale.....	90
5.2.1.2	La fin des dispositions dérogatoires.....	90
5.2.2	<i>Deux scénarios fondamentaux : l'articulation entre convention constitutive et contrats et la refondation réglementaire des conventions constitutives</i>	91
5.2.2.1	La simple articulation des processus stratégiques.....	91
5.2.2.2	La refondation réglementaire.....	92
5.2.3	<i>Deux conséquences inévitables : mettre fin aux fictions devenues historiques et assurer un pilotage décloisonné de la triple mission</i>	94
5.2.3.1	Adapter les statuts des personnels et redéfinir les périmètres du CH&U.....	94
5.2.3.2	Assurer un pilotage décloisonné de la triple mission à la hauteur des enjeux démographiques, de santé publique, et de recherche.....	98
5.2.3.3	Expérimenter différentes formes de groupements hospitalo-universitaires.....	102
CONCLUSION		104
ANNEXES		

INTRODUCTION

Par note du 13 novembre 2003 signée de leurs directeurs de cabinet (annexe 1), les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) une mission conjointe portant sur les conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires (CH&U, voir encadré p. 5), prévues par l'ordonnance du 30 décembre 1958 (articles L.713-4 et suivants du code de l'Education, articles L.6142-3 et suivants du code de la Santé publique).

La lettre de mission demandait un examen de la convention constitutive dans toutes ses dimensions :

- état des lieux des conventions existantes,
- établissement d'une typologie des conventions et de leur contenu,
- appréciation de la répartition des missions d'enseignement et de recherche entre les deux partenaires,
- examen de la possibilité pour les membres des groupements de coopération sanitaire, redéfinis par l'ordonnance du 4 septembre 2002, notamment les centres de lutte contre le cancer (CLCC), de participer aux missions universitaires.

La mission devait définir de nouveaux modèles de conventions susceptibles de leur être substituées, avec leurs avantages, leurs inconvénients, et leurs modalités d'évaluation, en prenant en compte les perspectives d'évolution de la gouvernance des universités et des centres hospitaliers, avec pour ces derniers, le souci de privilégier souplesse de gestion, pluralité de financements et performance dans les trois missions menées conjointement (formation, recherche, soins). Les nouvelles conventions devraient aussi renforcer la sécurité juridique des relations entre centres hospitaliers et universités.

Après la publication de plusieurs rapports récents¹, la mission est intervenue dans un contexte national en forte évolution, marqué :

- dans le domaine hospitalier : par le plan Hôpital 2007, le projet de nouvelle gouvernance, la réforme de la tarification à l'activité (T2A), et les défis posés par la démographie médicale, renouvellement des générations et amélioration de l'équilibre entre spécialités, de la répartition géographique des médecins, de leurs conditions d'exercice, public ou privé ;
- dans le domaine universitaire : par les réflexions sur les progrès de l'autonomie des universités, la consolidation de l'institution universitaire par rapport à ses composantes, en particulier les UFR de médecine, la contractualisation des relations entre l'Etat et les établissements, la création d'un espace universitaire européen, avec la mise en place du système LMD (licence maîtrise doctorat), des ECTS (European Credit Transfer System), de la semestrialisation des études, enfin les réformes envisagées relatives aux études de santé : PCEM, « universitarisation » de certaines

¹ Notamment le rapport BERLAND sur la démographie des professions de Santé (novembre 2002), le rapport DUCASSOU, JAECK et LECLERC : « hôpital 2007 ; mission CHU : restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la Santé et l'université » (mars 2003), le rapport DEBOUZIE sur la réforme du PCEM (juillet 2003), ainsi que les actes des 8èmes assises nationales hospitalo-universitaires « missions et organisation des CHU dans l' Europe de demain », Nice (mars 2003).

formations paramédicales, réforme de l'internat, changements qui vont s'accompagner d'une importante hausse prévisible des effectifs.

La mission a également consulté quelques études et comparaisons internationales disponibles, conduites par l'OCDE (voir début du chapitre 5), qui mettent en évidence les transformations profondes que connaissent depuis plusieurs années, dans tous les grands pays industriels, les conditions d'exécution des trois missions interdépendantes de formation, de recherche et de soins.

Dans une première phase de la mission, à partir de novembre 2003, un questionnaire a été adressé aux 27 CH&U (et donc aux 29 CHU) en vue de recueillir, en liaison avec les universités, les conventions existantes et de permettre leur analyse. Celles-ci sont de deux types :

- conventions constitutives, passées en application du décret du 26 juin 1963 entre l'université et le CHR, établissement de santé, donnant naissance au CH&U, dans le but de lui permettre de remplir ses trois missions ;
- conventions d'association, passées en application du décret du 7 octobre 1963 entre un CH&U et un établissement de santé, notamment un centre anti-cancéreux.

Une série d'entretiens auprès des responsables des différents services concernés des ministères chargés de la santé et de l'éducation, ainsi que des représentants des principaux acteurs concernés (conférences des présidents d'université et des directeurs des Unités de Formation et de Recherche (UFR) – doyens des facultés - de médecine, odontologie, pharmacie, de directeurs généraux de CHU, de présidents de commissions médicales d'établissement), direction des organismes de recherche (INSERM, CNRS), fédération hospitalière de France (FHF) et fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) a permis de repérer les enjeux rencontrés dans les CH&U (cf. annexe 2).

Simultanément, deux CH&U ont été visités dans une première phase de visites en janvier 2004 (Poitiers et Marseille), qui ont permis de préciser la problématique de la mission. L'enquête a été approfondie sur un échantillon restreint de cinq CH&U visités en février et mars 2004 : Lille, Nantes, Reims, Saint-Etienne, et AP-HP/Paris V, qui ont permis, dans une typologie variée de configurations locales, d'illustrer et de resituer les données et préoccupations recueillies au niveau national.

Le rapport est conçu en trois parties :

- le premier chapitre dresse le bilan des conventions existantes et des liens contractuels entre établissements de santé et établissements d'enseignement et de recherche et analyse les carences du dispositif ;
- une deuxième partie, constituée des chapitres 2 à 4, examine comment les CHU remplissent leurs missions de recherche, d'enseignement et de soins de recours dans l'état actuel des conventions constitutives ;
- le chapitre 5 formule des propositions pour redynamiser le lien entre Hôpital et université, en lui redonnant une base stratégique et en favorisant le dynamisme, la complémentarité et la performance des établissements.

D'une façon générale, on rappelle qu'il convient de distinguer CH&U, CHU et CHR :

- *le centre hospitalier et universitaire (CH&U), créé par l'ordonnance de 1958, est -sauf exception- un couple formé d'un centre hospitalier régional (CHR) et d'une université disposant d'au moins une UFR de médecine, ayant passé ensemble une convention dite constitutive,*

- *le centre hospitalier universitaire (CHU), est l'appellation donnée par la loi du 31 juillet 1991 au CHR ayant passé une telle convention, qui se substitue à l'appellation antérieure de centre hospitalier régional et universitaire (CHRU), qui n'a donc en principe plus cours depuis 1991.*

Depuis le milieu des années 1970, existent en France 27 CH&U ; trois d'entre eux font exception au couple entre un CHR et une université : le CH&U francilien est constitué par un CHR unique, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et de 7 universités ; les CH&U de Montpellier-Nîmes et des Antilles-Guyane sont constitués chacun de deux CHR et d'une université.

On dénombre ainsi 29 CHU, les quatre CHU de Montpellier et Nîmes, Fort-de-France et Pointe-à-Pitre aux Antilles constituant des établissements publics de santé distincts.

Les CHR d'Orléans et de Metz-Thionville, qui n'ont pas passé de convention constitutive, ne sont pas CHU.

On trouvera en annexe 3 la carte des CH&U.

Tous les sigles utilisés sont explicités dans l'annexe 14.

CHAPITRE 1 : LE MODE ACTUEL DE RELATION ENTRE HOPITAL ET UNIVERSITE EST OBSOLETE

Le principe de la signature d'une convention constitutive entre l'établissement de santé qu'est le CHR et l'université, dans le but de créer un CHU, a été posé par l'ordonnance du 30 décembre 1958 (article 1 codifié en article L.6142-3 du code de la santé publique), le modèle de cette convention étant fixé par le décret n° 63-592 du 24 juin 1963 modifié².

La création des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) a été conçue sur le même modèle, le décret n° 65-804 du 22 septembre 1965 fixant le type de convention pour l'odontologie.

Une fois constitués, les CH&U étaient engagés à conclure des conventions dites « d'association » avec des centres de lutte contre le cancer, des établissements de santé spécialisés (psychiatrie, rééducation fonctionnelle) ou certains établissements de santé participant au service public hospitalier (PSPH), afin d'accomplir leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ce mode d'association était prévu par l'article 6 de l'ordonnance de 1958 (codifié à l'article L.6142-5 du CSP). Les conditions dans lesquelles doivent être établies ces conventions sont fixées par le décret n° 63-1015 du 7 octobre 1963, modifié par décret n° 70-712 du 5 août 1970, mais non revu depuis.

La mission a demandé aux 27 CH&U (soit les 29 CHU existants cf. supra) de lui envoyer leur convention constitutive, aussi bien pour la médecine que pour l'odontologie, ainsi que les conventions d'association qu'ils avaient conclues.

Il apparaît que, tant les conventions constitutives que les conventions d'association, ne répondent plus aux enjeux actuels.

On trouvera en annexe 4 la liste ou le détail des textes législatifs ou réglementaires applicables. Ces textes anciens, difficiles d'accès, n'ont jamais été actualisés, au point que la codification en cours de la partie réglementaire du Code de la santé publique, soulève à leur propos des interrogations juridiques qu'il n'appartenait pas à la mission d'expertiser, mais peuvent se traduire d'ici la fin de l'année 2004, par l'abrogation de certaines dispositions et la mise en conformité de nombreuses autres avec les réformes intervenues depuis les années 1970, tant dans le monde universitaire qu'hospitalier. Il s'agit en particulier des attributions respectives des présidents d'universités et directeurs d'UFR depuis les lois de 1968 et 1984, et des présidents de conseil d'administration et directeurs généraux depuis les lois hospitalières de 1970 et 1991. La codification à droit constant des dispositions devenues obsolètes, relatives aux commissions locales ou nationale de conciliation ou aux comités de coordination hospitalo-universitaires ne préjuge pas de leur abrogation ou refondation qui sera proposée ultérieurement.

² Dernière modification du décret en 1978 (décret n° 78-258 du 8 mars 1978).

1.1 Les conventions constitutives des CH&U sont désormais caduques

1.1.1 Les conventions ont été signées à une date ancienne et n'ont pas été mises à jour

- Contrairement à ce qui avait été dit au départ à la mission, les conventions constitutives des CHU avaient toutes été établies. Tous les CHU, sauf un, les ont fait parvenir à la mission. On trouvera en annexe 5 le tableau récapitulatif des conventions constitutives et des conventions d'association.

Les conventions constitutives ont été signées, pour la plupart, dans les années 70, et n'ont connu par la suite que de simples avenants.

Certaines conventions, signées dans les années 60, ont été révisées et ont fait l'objet d'une nouvelle signature dans les années 1973-1975. C'est le cas, par exemple du CHR de Lille, qui a une première fois signé une convention en juillet 1964 avec la faculté mixte de médecine-pharmacie, représentée par son doyen, puis a refait un jeu de convention en 1974 avec les unités d'enseignement et de recherche (UER) médicale I et II (qui constituent depuis une UFR unique) de l'université Lille II³. C'est également le cas du CHR de Clermont-Ferrand qui a signé une première convention avec la faculté de médecine en 1965, puis une deuxième en 1973 avec l'UFR de médecine. D'autres CHU sont dans le même cas : Dijon, Lyon, Rouen.

- L'Assistance publique de Paris en revanche n'a jamais actualisé la convention, signée en 1965 avec l'ancienne et unique faculté de médecine de la capitale, pour fonder le CHU de Paris.

Or, en 1968, la faculté de médecine de Paris a éclaté en onze UFR de médecine, rattachées elles-mêmes par la suite à sept universités :

- Paris V qui regroupe les UFR de Cochin, de Necker et de l'Hôtel Dieu-Broussais,
- Paris VI qui abrite les UFR de Saint Antoine et Pitié – Salpêtrière,
- Paris VII : UFR de Bichat-Beaujon et UFR de Saint Louis-Lariboisière,
- Paris XI : UFR de Bicêtre (avec Villejuif)
- Paris XII : UFR de Henri Mondor,
- Paris XIII : UFR de Bobigny,
- Versailles - Saint Quentin, à laquelle a été rattachée en 2002 l'UFR Paris Ile-de-France Ouest, antérieurement située à Paris V.

Il est vrai que, récemment, l'AP-HP a été subdivisée en 4 zones, congruentes avec les périmètres des Universités. Ces 4 zones, ou groupements hospitalo-universitaires (GHU), englobent chacune une ou deux universités :

- le GHU Ouest englobe Paris V et Versailles-Saint Quentin,
- le GHU Est englobe Paris VI,
- le GHU Nord englobe Paris VII et Paris XIII,
- enfin le GHU Sud englobe Paris XI et Paris XII.

³ Il existe par ailleurs une convention - qui date de 1972- entre la faculté libre de médecine appartenant à l'institut catholique de Lille (appelée « Université catholique ») et les UER de médecine.

Dans le même temps, s'est dessiné un mouvement de simplification et de regroupement des UFR parisiennes :

- l'UFR de Broussais-Hôtel Dieu (arrêté d'août 2000) a été rattachée à Paris V. Elle fusionne avec les UFR Cochin et Necker en septembre 2004 ;
- A l'intérieur de Paris VI, la fusion entre les UFR Saint Antoine et Pitié-Salpêtrière est prévue avant 2006 ;
- Les 2 UFR de Paris VII devant également fusionner, à la même échéance.

La convention constitutive du « CH&U de Paris » n'a donc pas été actualisée depuis presque quarante ans, malgré d'importantes évolutions.

- Toutefois, la majorité des conventions constitutives a été signée pour la première fois dans les années 70, comme en atteste le tableau ci-dessous.

TABLEAU 1 - Année de signature de la convention constitutive entre le CHR et l'université pour la médecine

1965	1966	1972	1973	1974	1975	1976	1985	Autre
Clermont -Ferrand Dijon Lille Lyon Paris Rouen	Angers Besançon	Marseille St- Etienne	Caen Clf-Fd Grenoble Dijon Lyon Nancy Nantes Nice Toulouse Tours	Amiens Bordeaux Limoges Montpellier /Nîmes Reims Strasbourg Poitiers	Brest Lille	Rouen	Pointe-à- pitre/For- de-France/ Cayenne	Accord cadre Amiens 1995 Projet universitaire du CHU de Rouen 2000

Source : enquête IGAS/IGAENR

Par la suite, de nombreux avenants, toujours ponctuels, ont été conclus entre les CHR et les UFR de médecine, jusqu'à la deuxième moitié des années 90, essentiellement dans le but d'actualiser la liste des services placés « hors CH&U », ou au contraire d'identifier les personnels (praticiens hospitaliers), locaux et équipements intégrés au CH&U. Cette procédure administrative, devenue sans réelle portée avec le développement du corps des praticiens hospitaliers, a été abandonnée par les administrations centrales au milieu des années 1990.

1.1.2 Les conventions qui lient le CHR à l'université s'apparentent plus à un contrat notarial qu'à un document stratégique

Les conventions constitutives des 27 CH&U ne s'écartent pas de la convention type définie par la circulaire de 1964. Elles présentent donc toutes les mêmes rubriques, portant sur :

- les services placés hors champ de la convention (essentiellement la pharmacie, les services de long ou de moyen séjour, les urgences, la médecine préventive, plus rarement certains laboratoires ou le SAMU) ;
- les effectifs de personnels hospitalo-universitaires ;
- le matériel médical et scientifique mis à la disposition commune,
- la répartition des charges (travaux, maintenance) ;
- les dépenses isolables et non isolables ;
- la réparation des dommages, la discipline et les questions de responsabilité.

Un règlement intérieur, signé conjointement par les deux partenaires, est annexé à la convention.

Les conventions constitutives ont donc un objet essentiellement patrimonial, visant à identifier, comme dans un contrat de mariage, ce que chaque partie apporte à la communauté et les responsabilités de chacun. Elles ne disent rien, en revanche, du projet commun, c'est à dire de ce que l'hôpital et l'université veulent faire ensemble pour répondre à leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

1.1.3 Les conventions constitutives ont été signées par des personnalités morales aujourd'hui disparues

Depuis la date de signature des conventions constitutives, certaines personnalités morales signataires n'existent plus en tant que telles. En effet, les facultés de médecine ont disparu en tant que personnes morales indépendantes, même si les directeurs d'UFR médicales (les doyens de médecine) continuent à bénéficier d'une délégation de pouvoir importante (article 32 de la loi 84-52 sur l'enseignement supérieur, dite loi Savary). Seule l'Université (représentée par son président) détient la personnalité morale.

Le doyen a certes la responsabilité directe des personnels hospitalo-universitaires, mais les aspects patrimoniaux sont du ressort du président de l'université, et c'est la responsabilité de ce dernier qui est engagée en cas de problème (dommage, accident, etc).

En outre, l'absence de mise à jour des conventions sur les questions de locaux, d'équipements, de fonctionnement et de fluides (électricité, chauffage, eau, etc) leur enlève à l'heure actuelle toute pertinence, pour établir la répartition des charges et les responsabilités de chacun.

C'est ainsi, par exemple, qu'en cas d'accident provoqué par un étudiant, il n'est pas certain que l'une ou l'autre des parties ne soit impliquée bien au delà de ce qu'elle imagine. Autre exemple : le bâtiment Gustave Roussy, situé dans l'enceinte de l'hôpital Cochin, s'avère actuellement très difficile à rénover, faute d'un accord clair dans la répartition des propriétés et des charges.

1.2 Les conventions d'association du CH&U avec d'autres établissements sont limitées à des objectifs ponctuels

1.2.1 Les conventions d'association sont passées avec des établissements variés

Ces conventions, dites « d'association », prévues par l'article L.6142-5 du CSP sont passées entre l'entité CH&U et d'autres organismes :

- centres de lutte contre le cancer (20 CLCC),
- établissements de santé spécialisés (psychiatrie, rééducation fonctionnelle),

- établissements PSPH (exemple : à Paris, l'hôpital Saint Joseph, l'hôpital Marie Lannelongue, l'institut mutualiste Montsouris ou les Quinze-vingt. Autre exemple : à Strasbourg, le Centre médico-chirurgical-obstétrical (CMCO) de Schiltigheim, le CTO d'Illkirch),
- organismes de recherche : INSERM, CNRS, CEA, Institut Curie,
- établissement public de l'Etat : Etablissement français du sang (EFS).

Parmi les 27 CH&U, quatre ont indiqué ne pas avoir passé de convention d'association (Amiens, Limoges, Grenoble et Brest). A l'inverse, l'Assistance publique de Paris a signé 21 conventions d'association, qui ont fait l'objet de plus de 200 avenants. La DHOS a recensé environ 66 conventions d'association, dont 20 avec les CLCC, 21 à Paris, et 25 en province, portant sur environ 240 hospitalo-universitaires (soit un peu moins de 5% des effectifs titulaires). Il s'agit essentiellement de 200 professeurs des universités-praticiens hospitaliers, PU-PH), et de 40 maîtres de conférences des universités, MCU-PH. La moitié environ est affectée dans les 20 CLCC (89 PU-PH et 31 MCU-PH). On recense 80 titulaires pour l'AP-HP et une quarantaine hors Ile-de-France (10 à la maternité régionale de Nancy, 8 dans quatre CHS hors Ste-Anne, 8 dans des établissements de l'EFS, et 15 dans divers établissements)⁴.

Le CH&U Antilles Guyane a conclu une convention de partenariat avec le CH&U de Lyon (Hospices civils/université) pour la formation, la mise à disposition de personnels et la co-utilisation d'équipements. D'autres conventions de ce type ont été passées récemment (Dijon, Rouen, etc).

Pour l'ensemble des CH&U (Paris, Lyon, Marseille compris), ces conventions portent ainsi sur environ deux cent PU-PH, une cinquantaine de MCU-PH, une centaine de chefs de clinique-assistants des hôpitaux (CCA) ainsi que quelques autres personnels (assistants et praticiens hospitalo-universitaires, AHU et PHU), soit un peu moins de 5 % des personnels titulaires.

Pour la seule AP-HP, ces conventions concernent 80 personnels titulaires (71 PU-PH, 9 MCU-PH) et 58 personnels temporaires (1 PHU, 52 CCA, 5 AHU). Selon le responsable de la politique médicale de l'AP-HP, la mise à disposition est une relation relativement bordée, en termes de dépenses de personnels et de charges à attendre, mais le caractère stratégique de ces relations n'est pas défini. En particulier, l'intégration dans les pôles régionaux de cancérologie, s'agissant des personnels des CLCC, n'est pas décrite.

Certains de ces partenariats franciliens sont historiques et très variables d'une université ou d'un GHU à l'autre. L'université Versailles St-Quentin a ainsi externalisé 25 % de ses PU-PH au CH de Versailles et au CH de Poissy-St-Germain ainsi qu'à l'hôpital St-Maurice, au Centre national d'ophtalmologie (CNO) et au Centre médico-chirurgical Foch. Paris V a des conventions d'association avec l'Institut Curie, l'hôpital Sainte-Anne, le CNO, l'Institut Médico-légal, ainsi qu'avec des établissements PSPH (St-Joseph, Montsouris, Institut de puériculture). Paris VI est associé au CNO, aux Diaconesses et à l'EFS. Paris VII et Paris XIII n'ont aucune association. Paris XI est associé à l'Institut Gustave Roussy, à l'institut Curie, au CEA, et à deux établissements PSPH (Marie Lannelongue et la Fondation Vallée). Enfin Paris XII est associé à l'EFS et au centre hospitalier intercommunal de Créteil.

⁴ Enquête réalisée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé, DHOS bureau M1 en liaison avec la FNCLCC et les directeurs des affaires médicales de CHU.

1.2.2 Les effets de ces conventions sont limités

A la différence des conventions passées avec les organismes de recherche, plus stratégiques mais imprécises, les conventions d'association ont essentiellement pour but de permettre l'affectation, pour leur activité hospitalière, de personnels hospitalo-universitaires titulaires (PU-PH ou MCU-PH) ou temporaires (CCA, AHU) à des établissements non universitaires.

Elles paraissent plus avoir été conclues pour tenir compte de répartitions historiques d'activité (psychiatrie, oncologie) et pour assurer une carrière à des individualités brillantes, qu'il convient de retenir au sein du service public (pris dans une acception assez large), que dans un objectif stratégique explicite d'enseignement et de recherche.

Au rebours de ce que l'on pouvait attendre, on voit en effet que ce sont les établissements les plus importants qui concluent le plus de conventions d'association, alors que des CH&U plus isolés, qui peuvent rencontrer des difficultés pour remplir leur triple mission, n'en concluent pas ou peu.

1.3 Les modes de concertation entre le CHR et l'Université ne sont pas formalisés

L'ordonnance de 58 avait prévu, dans un texte codifié depuis à l'article L.6142-13 du CSP, que la concertation soit assurée par un comité de coordination hospitalo-universitaire (baptisé CoCoHU). La réunion de cette instance a été progressivement abandonnée partout au profit d'instances plus souples.

Dans presque tous les CHU des modes de concertation informels ont été mis en place entre directeurs généraux de CHU, présidents de CME, et doyens d'UFR de médecine, pharmacie ou odontologie. Leur rythme de réunion est variable, fonction de l'importance du travail commun et de la bonne entente des individus. A Nantes, Marseille, Lille, par exemple, où les préoccupations communes de recherche et d'enseignement sont fortes et où les diverses personnalités s'entendent bien, les réunions sont fréquentes et portent sur un éventail de problèmes. Dans d'autres sites, elles se résument souvent aux seules réunions pour la révision annuelle des effectifs.

Par ailleurs, les comités de coordination de la recherche médicale et en santé (CCRMS) ont permis, à l'initiative de l'INSERM, une réunion plus stratégique de l'Université, des UFR de médecine, des autres EPST⁵ (CNRS), et du CHR. Bien qu'ayant passé des accords-cadres avec certains CHU, prévoyant un comité de coordination propre, le CNRS a été associé dans certaines régions au CCRMS.

Si les divers représentants des PU, doyens, présidents de CME, directeurs généraux, admettent qu'une évolution des textes est nécessaire, ils ne souhaitent pas cependant que de nouvelles instances lourdes et formelles soient mise en place. Ils craignent de raviver des querelles de bornage entre parties. Ils redoutent les arrière-pensées (notamment budgétaires

⁵ Le statut d'Établissements public à caractère scientifique et technologique a été créé par la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982. L'INSERM, le CNRS, l'INRA, l'IRD, le CEMAGREF sont, parmi les 9 EPST actuels, les plus actifs en sciences du vivant. Les organismes de recherche peuvent avoir d'autres statuts (EPIC, EPA, fondation, association, etc).

ou centralisatrices) qui sous-tendraient cet exercice et la perte de temps de ces procédures, à un moment où ils sont confrontés à des contraintes nombreuses et sollicités par des tâches urgentes.

De son côté, l'administration centrale est consciente du caractère formaliste des anciennes conventions et de l'inutilité d'approuver au niveau central la déclinaison locale d'une convention-type contraignante, uniquement basée sur des aspects patrimoniaux, et qui ne permet aucun effort d'originalité ou de rénovation.

Toutefois, le mode de relation ne peut être laissé à la seule bonne volonté et devrait faire l'objet d'une certaine formalisation, quitte à laisser aux parties le choix du rythme, du niveau de représentation, et d'une partie des sujets traités.

1.4 Les différents documents de contractualisation ne sont pas articulés entre eux

Les deux entités constitutives du CH&U – université et hôpital – font chacune l'objet de procédures contractuelles, tant avec l'Etat qu'avec les collectivités territoriales, qui permettent :

- une approche globale de la réalité des établissements,
- l'élaboration d'une vision stratégique de développement à moyen terme propre à chacun,
- la définition d'objectifs stratégiques partagés,
- l'attribution de moyens en fonction de ces objectifs,
- et l'évaluation périodique de leur atteinte.

Ces procédures se sont révélées, notamment dans le cas des universités, des instruments puissants de dialogue institutionnel et d'émergence, au sein des établissements, d'une culture de gouvernance et d'une mise en cohérence de leurs composantes au profit d'une politique d'ensemble et d'une identité propre à chaque établissement.

Quatre types de procédures contractuelles concernent les universités et les hôpitaux. Pour les universités, le contrat quadriennal touche à tous les aspects de leur fonctionnement, cependant que les deux plans successifs Université 2000 (U 2000) pour la période 1993/1999 (XIIème plan) et Université du troisième millénaire (U3M) pour la période 2000/2006, définissent leurs investissements (immobilier et équipement lourd et semi lourd) dans un partenariat avec l'Etat, les EPST et les collectivités territoriales. Cette deuxième procédure contractuelle est déclinée en deux démarches complémentaires, l'une de nature prospective, les schémas des services collectifs de l'enseignement supérieur et de la recherche et l'autre à fin de programmation, les contrats de plan Etat régions (CPER) qui inscrivent ces investissements dans le cadre septennal du plan national.

La démarche contractuelle des hôpitaux, quant à elle, s'inscrit dans les Contrats pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (COM), et, en matière d'investissement ou de formation, dans le cadre des CPER.

S'agissant des CH&U cependant, la mise en cohérence et en synergie des deux entités qui les composent – université et hôpital – tant sur le plan de la mise en œuvre de leurs trois missions de soins, d'enseignement et de recherche que pour le développement et la

modernisation de leurs infrastructures immobilières et d'équipement, exigerait une bonne articulation de ces différents documents en terme de calendrier et de contenu. A ce stade, cette articulation reste très largement à construire.

1.4.1 Les procédures contractuelles des universités

1.4.1.1 Le contrat quadriennal entre l'Etat et les universités

a) la procédure contractuelle

Ce contrat trouve son origine dans la loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur, article 20 (art. L 711-1 du code de l'éducation) qui prévoit : « *les activités de formation, de recherche et de documentation peuvent faire l'objet de contrats d'établissement pluriannuels passés avec l'Etat dans le cadre de la carte des formations supérieures* ».

Les premiers contrats passés entre l'Etat et l'Université en 1984 ont d'abord concerné la recherche (contrat bipartite). En 1995, le CNRS s'y est associé (contrat tripartite). En 1989, par une circulaire n° 89-079 du 24 mars 1989, le domaine du contrat a été étendu à toutes les activités. En 1996, le volet recherche du contrat a été inclus dans le contrat global. Une lettre du ministre de l'éducation nationale, en date du 22 mai 1998, pose ensuite les principes d'une refondation de la politique contractuelle qu'une circulaire de la direction de l'enseignement supérieur précise le 22 mai 1998.

Ces différents textes indiquent les objectifs de la contractualisation. Il s'agit de renforcer l'autonomie des établissements, jusqu'alors plus souvent constitués d'une collection de composantes relativement autonomes les unes par rapport aux autres. Les établissements doivent se concevoir comme une entité globale, fédérée autour d'une politique de développement d'ensemble, articulée autour d'objectifs stratégiques de développement. Cette élaboration fait émerger, par la mise en œuvre d'une gouvernance d'ensemble, une identité propre de l'établissement. Ce processus doit permettre une participation la plus large possible des acteurs de l'établissement et développe ainsi concrètement la démocratie au sein des universités en constituant une véritable communauté universitaire.

La politique contractuelle s'étend donc, à partir de 1989 et plus encore de 1999, à l'ensemble des activités de l'université – offre de formation, vie étudiante, gestion des ressources humaines, gestion financière, recherche – et à l'ensemble des composantes, y compris celles qui bénéficient au sein de l'université d'une certaine autonomie comme les IUT.

La procédure mise en œuvre procède par différentes étapes. En premier lieu, l'établissement établit un diagnostic de ses forces et de ses faiblesses et une évaluation du précédent contrat quadriennal, à partir duquel il définit les axes prioritaires de développement pour la période quadriennale suivante. De cette analyse, transmise au ministère, émerge le projet d'établissement qui servira de base à la négociation du contrat. A cette fin, le ministère transmet aux établissements concernés, par une circulaire, les grands objectifs de la politique nationale en matière d'enseignement supérieur. La négociation du contrat constitue donc l'occasion d'une rencontre entre les objectifs de la politique nationale et les objectifs de

l'établissement et permet de faire le point et de construire un diagnostic partagé de la situation d'ensemble de ce dernier. Elle comporte elle-même trois phases, la première d'échange global, la seconde d'échanges spécialisés par type de domaine et la troisième consacrée à la finalisation.

Selon le rapport annuel d'activité du ministère pour l'année 2002/2003, les moyens consacrés par l'Etat à la politique contractuelle représentent environ le tiers des subventions versées aux établissements d'enseignement supérieur, soit, en 2002, près de 500 millions d'€. Sur ce total, 242 millions sont versés au titre de la recherche, 91 millions au titre du patrimoine et 165 millions pour la formation, la vie étudiante, la politique documentaire et les nouvelles technologies.

Les 201 établissements d'enseignement supérieur concernés – universités, instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM), écoles d'ingénieurs, grands établissements – accueillant environ 1,5 million d'étudiants, sont engagés dans la politique contractuelle selon une répartition en quatre vagues successives (A,B,C,D), soit, pour les vagues en cours ou à venir : vague D : 2002/2005, vague A : 2003/2006, vague B : 2004/2007 et vague C : 2005/2008 (annexe 6).

Les effets de la contractualisation ont été notables. En premier lieu, elle a permis le renforcement de l'autonomie des établissements par l'apparition d'un gouvernement, plus ou moins fort selon les établissements et la personnalité des présidents, qui a introduit plus de cohérence, «*fédérant l'ensemble des composantes et des catégories de la communauté universitaire autour d'un projet vigoureux dépassant largement les préoccupations facultaires ou catégorielles*»⁶.

Sur le plan national elle a permis d'impulser un nouveau mode de pilotage de l'enseignement supérieur par le ministère par une adaptation réciproque des priorités de la politique nationale et des axes stratégiques de développement des établissements. Au titre de ses faiblesses, on relèvera tout d'abord les insuffisances de l'évaluation quadriennale, sauf pour ce qui concerne les équipes de recherche, et l'incapacité de l'Etat à s'engager sur une base pluriannuelle en matière d'emplois.

b) conséquences pour les CH&U

Compte tenu de l'ensemble de ces spécificités, les problèmes particuliers qui se posent aux CH&U peuvent être distingués comme suit :

- il n'y a pas de concordance de calendrier entre la procédure de contractualisation des universités à composante santé et celle mise en place pour les CHR. Or, une synergie optimale de l'ensemble CH&U serait facilitée si les procédures pouvaient être menées de façon simultanée, permettant ainsi des analyses et une évaluation croisées et la définition d'axes stratégiques et d'objectifs communs ;

- en second lieu, il apparaît que dans la plupart des cas, les procédures d'élaboration contractuelles tant des universités que des établissements de santé ne donnent pas lieu, jusqu'à récemment (voir ci-après) à de véritables échanges d'information permettant la mise en commun et la confrontation des analyses sur les trois missions constitutives ;
- enfin, a fortiori, il n'existe pas de procédures formalisées d'élaboration conjointe des documents contractuels. Or, les imbrications des activités de soins, d'enseignement et de recherche, sont évidentes, notamment en termes de personnels, et de complémentarité croissante entre la recherche fondamentale et la recherche clinique. Elles commanderaient que le cadre stratégique et l'allocation des moyens humains et matériels par les deux entités fassent l'objet d'une réflexion commune. Les procédures de contractualisation avec l'Etat, ministère de l'éducation nationale et de la recherche, d'une part et le ministère de la santé, d'autre part, devraient être parallèles et complémentaires.

Cette situation est en train de changer. En effet, une note de la Direction de la recherche relève notamment : *«...la mise en œuvre, à titre expérimental, de la contractualisation des cinq CH&U de Marseille, Nantes, Nice, Rouen et Tours. Les projets déposés par les cinq hôpitaux sont présentés sous forme de plateaux techniques ou banques de données (clinithèques) permettant le développement de recherche à partir de prélèvements sérologiques ou tissulaires. Les financements sont prévus sous la forme réservée aux PPF (Programmes Pluri Formations) ce qui permet de garder une certaine souplesse dans l'évaluation stratégique des différents projets. Les cinq demandes présentées par les hôpitaux en harmonie avec les cinq universités ont été évaluées positivement par la MSTP (DS 5) et devront donc être labellisés au même titre que les autres PPF.*

A titre hautement symbolique le Directeurs des CHU devraient pouvoir signer les contrats quadriennaux des universités et apparaître clairement dans le potentiel de recherche lié au monde des équipes universitaires et des unités mixtes CNRS ou INSERM.

Cette procédure introduite dans la vague B (2004/2007) doit être généralisée dès la vague suivante et rentrer officiellement dans les procédures de notre ministère ».

Dans ces conditions, on pourrait envisager pour ce qui concerne la procédure de contractualisation des universités à composante santé, partie prenante d'un CH&U :

- d'étendre à l'enseignement ces procédures, pour l'instant limitées à la recherche ;
- d'impliquer, pour les parties du contrat universitaire qui concernent les composantes santé, les autorités du CHR, directeur général et président de la CME dès le stade de l'élaboration et du bilan du précédent contrat, la réciproque, concernant le Président d'université et les doyens des UFR de médecine, odontologie et pharmacie, étant vraie pour l'élaboration des documents contractuels du CHR.

Cette implication pourrait s'appuyer sur des groupes de travail conjoints chargés d'approfondir les réflexions sectorielles et de donner ainsi un contenu véritable à l'élaboration conjointe. La réflexion devrait s'étendre à tous les secteurs d'activité : recherche (fondamentale et clinique), enseignement, soins, gestion des ressources humaines, gestion des locaux, gestion financière, vie étudiante, etc. Une procédure d'évaluation conjointe serait mise en place.

Les documents contractuels finaux pourraient, comme c'est le cas pour les cinq CH&U expérimentaux, constituer au sein du contrat de l'université un volet spécifique qui relèverait d'une signature conjointe, au niveau des établissements par le président de l'université, le doyen, le directeur général et le président de la CME et, au niveau de l'Etat par les deux ministères de tutelle (éducation nationale et recherche, d'une part et santé, d'autre part). C'est ainsi que, d'ores et déjà, a été signé un volet complémentaire au contrat quadriennal de l'université Victor Segalen Bordeaux 2 : le partenariat entre l'université et le CHR.

Une procédure réciproque d'élaboration et de signature serait mise en place pour les documents contractuels du CHR. La coïncidence des calendriers de contractualisation des deux composantes paraît devoir s'imposer, compte tenu de la relative lourdeur des procédures d'élaboration des contrats, afin d'assurer l'unicité des travaux. La question se pose du financement spécifique des CH&U par le ministère de la santé, en remplacement des 13 % forfaitaires aujourd'hui difficiles à distinguer dans la masse budgétaire des établissements.

1.4.1.2 Les plans U 2000 ET U3M constituent le second type de relations contractuelles des universités.

Le plan U 2000 répondait d'abord à des préoccupations d'ordre quantitatif. C'est en effet en 1990 qu'est née cette nouvelle forme de contractualisation à l'initiative de l'Etat, sous la pression de plusieurs facteurs. Il s'agissait, tout d'abord de faire face à un afflux nouveau d'étudiants (+ 30 000 entre 1990 et 1994) nécessitant des investissements importants en locaux et matériel. En second lieu, s'affirmait la volonté d'ancrer les universités dans leur environnement local et régional contrairement à une tradition largement faite d'ignorance réciproque. L'Etat a donc sollicité les collectivités territoriales pour participer à un vaste plan d'investissement. Celles-ci ont largement répondu dans le cadre d'un partenariat qui a impliqué un partage de responsabilités et un équilibre entre priorités nationales et préoccupations de développement local. A ces plans sont associés les EPST dont l'INSERM.

Trois objectifs principaux présidaient à la mise en place d'U 2000. Le premier était de décongestionner la région parisienne et particulièrement les universités de Paris intra muros. Le second visait à renforcer les grands pôles régionaux qui deviendront les pôles européens universitaires, tout en assurant un rééquilibrage entre grandes villes et villes moyennes par la création d'antennes universitaires dans ces dernières. Le troisième objectif était d'assurer un rééquilibrage entre filières de formation en faveur des formations d'ingénieur, des formations technologiques et des formations professionnalisées.

Le plan U3M répondait à des considérations plus qualitatives. En premier lieu il visait à remédier à certaines insuffisances de réalisation du plan U 2000, notamment en matière de vie de l'étudiant (résidences, restaurants universitaires, lieux d'activités, équipements sportifs et bibliothèques), de recherche scientifique et, en faveur des universités d'Ile-de-France qui n'avaient pas bénéficié des mêmes efforts que les universités de province. Au delà de ces aspects complémentaires du plan U 2000, le plan U3M met l'accent sur la compétitivité et le lien recherche/entreprise, l'intégration des nouvelles technologies, les connexions très haut débit et la constitution de réseaux.

En outre, le plan U3M cherche une meilleure répartition de la recherche scientifique sur le territoire national pour remédier à des déséquilibres flagrants (plus de 50 % en Ile-de-

France) et à mieux insérer le système d'enseignement supérieur dans le tissu local par le développement d'équipements relatifs à la vie étudiante et de structures de développement économique (incubateurs). Enfin, le plan U3M vise à donner une plus grande cohérence à l'organisation de l'enseignement supérieur et de la recherche en France par l'élaboration de schémas collectifs enseignement supérieur et recherche qui définissent trois niveaux de sites universitaires :

- les grands centres pluridisciplinaires qui ont une visibilité européenne et sont implantés dans les grandes métropoles régionales ;
- les autres pôles universitaires, sièges d'universités avec certains créneaux d'excellence ;
- les implantations universitaires (IUT ou antennes), situés dans des villes moyennes avec une vocation d'appui au développement local, notamment par l'implantation de plates-formes technologiques (80) et de formations technologiques en liaison avec des entreprises locales.

Cette typologie n'est pas sans intérêt pour les CH&U comme on le verra plus loin (cf. infra).

De ce fait, le plan U3M a connu une procédure plus complexe, l'exercice comportant d'une part l'élaboration prospective des schémas régionaux des services collectifs de l'enseignement supérieur et de la recherche et, d'autre part, l'élaboration programmatique des CPER.

Prévus par l'article L.614-2 du code de l'éducation, les schémas de services collectifs de l'enseignement supérieur et de la recherche ont donc fait l'objet d'une lettre de cadrage ministérielle d'octobre 1998 prévoyant la mise en place d'un comité stratégique national, la composition de groupes de travail et le calendrier des opérations.

Les arbitrages ont été rendus au cours d'un Comité interministériel d'aménagement du territoire (CIADT) du 23 juillet 1999 qui a déterminé la répartition des contributions financières de l'Etat aux contrats de plan Etat/région (CPER) pour 2000/2006 puis la notification des enveloppes aux préfets de région assorties d'un mandat pour engager les négociations propres aux CPER avec les collectivités territoriales.

A partir de là, les deux exercices d'élaboration des schémas régionaux des services collectifs et de définition des actions à financer dans les CPER ont été menés en parallèle.

Les premiers ont donné lieu à de très larges consultations et ont associé étroitement les recteurs dans la plupart des cas. Ils ont globalement respecté le cadrage législatif à deux exceptions notables près : la question des emplois recherche n'a pas été traitée et ils n'ont pas permis une projection fiable à 20 ans.

Les CPER ont été négociés à partir de la mi 1999 et pour la plupart signés au début de 2000. L'IGAENR, dans son rapport général pour l'année 2001 notait une grande cohérence d'ensemble entre les orientations des schémas régionaux de services collectifs et les actions financées aux CPER tout en relevant que ces derniers ne traitaient pas des questions de maintenance et de grosses réparations. L'inspection relève, par ailleurs, les réticences des collectivités territoriales à financer les restructurations et les réhabilitations pour se concentrer

sur des opérations « plus nobles ». C'est donc l'Etat qui a pris en charge les opérations les moins prisées.

Les deux plans ont représenté un investissement conséquent avec 33 milliards de francs pour U 2000, financés à 53,1 % par les collectivités territoriales et 40,3 % par l'Etat, cependant que le plan U3M mobilise 42,5 milliards de francs dont 18,2 pour l'Etat et 24,3 pour les collectivités territoriales. Sur cet ensemble, 57 % sont consacrés à l'enseignement proprement dit (opérations de construction, d'extension, d'aménagement et de rénovation), 25 % aux bibliothèques et à la vie étudiante (restaurants, résidences, etc) et 18 % à la recherche.

Leurs effets ont été notables avec, pour U 2000, par exemple, la création d'un million et demi de m² supplémentaires et une augmentation de la capacité d'accueil des étudiants de + 26 % sur la période 1990/1995, la création de huit universités nouvelles, l'implantation de nombreux IUT et un rééquilibrage significatif de la répartition des effectifs universitaires en portant la part de la province de 67 % à 72 % en 2^{ème} cycle et de 57 % à 63 % en 3^{ème} cycle. S'agissant d'U3M, le plan est aux deux tiers de sa réalisation et il reste à en tirer le bilan précis.

Quoiqu'il en soit, les deux plans ont fortement dynamisé la pratique contractuelle de l'enseignement supérieur au delà du champ des seuls contrats quadriennaux et ont inséré durablement les universités dans leur environnement régional.

S'agissant des CH&U, l'importance de ce deuxième type de contractualisation commande qu'une étroite concertation prévale entre les ministères de l'éducation nationale et de la recherche, d'une part et le ministère de la santé, d'autre part pour harmoniser les investissements tant en immobilier qu'en équipement lourd qui devront concourir aux trois missions d'enseignement, de recherche et de soins. Cette concertation est d'autant plus importante que, si la réforme de la première année des études médicales est effectivement mise en œuvre, c'est à un nouvel afflux d'étudiants que les universités devront faire face dans ce secteur. Si une partie des besoins nouveaux pourra être couverte par des réaffectations de surfaces liées à la stabilisation des effectifs dans la plupart des autres disciplines, ces réaffectations ne pourront pas résoudre l'ensemble du problème. En effet, les établissements à composante santé ne disposent pas toujours d'UFR dans lesquelles les effectifs sont en décroissance. C'est ainsi qu'à Lille 2 (droit et santé) on constate, selon les responsables, une croissance concomitante des effectifs en droit, STAPS et pharmacie. A Bordeaux, l'organisation quasi facultaire des quatre universités bordelaises compliquera sans aucun doute les transferts. Enfin la nécessité de disposer de locaux proches de l'hôpital constitue une contrainte supplémentaire.

Or, comme le relève la note précitée de la direction de la recherche : « *Il faut enfin noter l'absence (sauf exception) fortement dommageable, des hôpitaux dans l'élaboration des Contrats de Plan Etat-Région et en particulier en Ile-de-France compte tenu de l'importance de l'AP-HP* ».

Il serait donc utile que, dès à présent, pour ce qui peut encore être infléchi des opérations U3M une analyse conjointe des deux ministères puisse être conduite et que pour l'avenir les investissements des composantes santé des universités, comme parallèlement, les investissements des grands CHR, puissent être conduits de façon concertée. L'inclusion du ministère de la santé dans les groupes de travail préparatoires des prochains CPER et la

redéfinition éventuelle des schémas de services collectifs pour ce qui concerne les composantes santé de l'enseignement supérieur et de la recherche paraît s'imposer.

1.4.2 Les procédures contractuelles des CHU

Créés par l'ordonnance du 24 avril 1996, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (COM) sont prévus par l'article L.6114-1 du code de la santé publique. Signés entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur général du CHU après délibération du conseil d'administration et avis des instances de l'établissement, les COM déterminent, pour une durée comprise entre 3 et 5 ans, les orientations stratégiques de l'établissement et les conditions de leur mise en œuvre. L'annualisation budgétaire demeure cependant, dans le cadre du vote annuel du parlement depuis 1996, ce qui confère au COM un caractère stratégique essentiel, mais financièrement ciblé ou sélectif, le directeur de l'agence engageant les pouvoirs publics sur les dispositions inscrites au contrat.

Contrairement aux établissements commerciaux, pour lesquels une forme de COM a été rendue obligatoire pour leur financement dès 1998, la contractualisation est demeurée, pour les établissements publics et privés financés par dotation globale une démarche, certes stratégique, mais volontaire. La généralisation des COM à l'ensemble des CH a donc été progressive, mais peut être considérée comme achevée pour les CHU, tous dotés d'une ou plusieurs générations de COM, sauf exception notable ou très récente pour les plus importants CHU.

Les CPER portaient pour leur part sur des investissements spécifiques, mais cette procédure est, s'agissant des CHU, tombée en désuétude avec la montée en charge du plan d'investissement « Hôpital 2007 », puisque, aux financements de l'Etat ont à cette occasion été substitués des financements assurance-maladie, et que les opérations nouvelles sont désormais exclusivement financées dans ce cadre, pour partie par subvention en capital du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et pour partie par compensation des emprunts d'investissement par dotation au budget d'exploitation.

1.5 Les hôpitaux et les universités ne sont pas suffisamment incités à passer des alliances

Trois facteurs principaux poussent aujourd'hui à décloisonner l'activité tant des hôpitaux que des universités :

- l'indispensable développement de l'interdisciplinarité tant en enseignement qu'en recherche,
- la nécessité d'atteindre une masse critique et une visibilité européenne et internationale dans la compétition mondiale ;
- enfin, l'obligation de mutualiser les moyens financiers et humains dans un souci d'optimisation de la dépense publique.

La conjugaison de ces trois facteurs conduit à préconiser une approche interrégionale que les universités ignorent encore largement alors que les hôpitaux l'intègrent de plus en plus.

1.5.1 La nécessité de l'interdisciplinarité concerne aussi bien l'enseignement que la recherche.

En matière d'enseignement, les propositions de réforme du premier cycle des études médicales montrent la nécessité de prévoir des passerelles qui impliquent d'ouvrir largement les composantes santé sur les autres composantes scientifiques (biologie, chimie, physique, mathématiques, informatique) et sur les composantes droit (questions d'éthique) économie (économie de la santé) et sciences humaines (psychologie et psychologie clinique, sociologie...). La mise en place du LMD qui devrait affecter les professions de santé, conformément aux conclusions des VIIIèmes assises hospitalo-universitaires, renforcera encore ce besoin. D'ores et déjà à Amiens, par exemple, il est proposé la mise en place d'une licence pharmaceutique permettant sur les trois premières années de partager avec d'autres UFR des unités d'enseignement.

En matière de recherche, le besoin est encore plus net et se concrétise, notamment, par la mise en place d'instituts fédératifs de recherche (IFR), au sein desquels les différentes disciplines interagissent par la confrontation permanente des équipes. Ce mouvement, présent dans tous les contrats des universités, est encouragé par le ministère (voir ci dessous point 2.2.1.2) et ne peut que se développer.

La montée en puissance des approches interdisciplinaires tant en formation qu'en recherche impose des décloisonnements entre équipes, composantes et universités elles-mêmes.

1.5.2 Une masse critique suffisante permet une visibilité internationale

Un deuxième facteur pousse à un décloisonnement institutionnel, très au delà des frontières internes aux composantes des universités et même des frontières entre les établissements eux-mêmes. Il est indispensable d'atteindre une masse critique qui permette de conférer aux équipes et, par delà aux établissements, une visibilité européenne et internationale indispensable et d'insérer notre pays dans l'espace européen de l'enseignement supérieur et de la recherche, pour améliorer sa place dans la compétition mondiale. Or, sur ce plan les indicateurs internationaux montrent des tendances préoccupantes et une insuffisante visibilité de notre dispositif, due en partie à la séparation entre université, grandes écoles et EPST.

C'est ainsi que nos interlocuteurs de la direction de la recherche expriment le sentiment dominant, selon lequel, dans de nombreux domaines de la recherche biomédicale, la France s'est faite dépasser par nos principaux concurrents de l'OCDE (Royaume-Uni, Allemagne, Japon et même Suède, Suisse ou Pays-Bas) et que nos performances se sont détériorées. Toutefois, il n'a pas été possible à la mission d'étayer ce sentiment sur des études indiscutables.

Dans le classement international des universités, effectué par l'université de Shangai, le premier établissement français est placé au 65^{ème} rang, loin derrière nos principaux partenaires. Quelles que soient les critiques que l'on peut adresser à ce genre de classement et aux critères sur lesquels ils se fondent, il reste qu'ils traduisent la vision que les pays étrangers ont de notre système d'enseignement et de recherche. Certes, l'effet réel de ce type de classement pour les initiés que sont les chercheurs et les laboratoires, doit être relativisé, dans la mesure où ceux-là savent parfaitement où se trouvent les bons partenaires dans le monde. En revanche, les opinions publiques et, surtout, les responsables politiques – dont les décisions en matière de coopération internationale sont souvent déterminantes – y sont beaucoup plus sensibles. Ce type de classement a donc, probablement, un certain effet sur les orientations de politique en la matière et par conséquent sur la notoriété et l'attractivité

globale du pays et de ses établissements. Ils constituent, de fait, la base de la notoriété internationale, beaucoup plus que toutes les études, sans doute très pertinentes, que nous produisons pour les réfuter, mais dont le rayonnement international est confidentiel.

Or, s'il y a 60 millions de français, il y a six milliards d'étrangers qui connaissent peut-être insuffisamment les finesses de notre système d'enseignement supérieur, mais qui constituent le monde dans lequel nous vivons : l'économie française est l'une des plus ouvertes du monde. Il y a donc un fort enjeu à ne pas négliger notre image - souvent fort différente de l'idée flatteuse que nous nous en faisons. L'attractivité de nos sites universitaires et de recherche doit être renforcée, tant pour la formation des élites étrangères que pour le recrutement de diplômés et de chercheurs scientifiques, que nous pourrions de moins en moins produire suffisamment en interne, eu égard à nos besoins nationaux prévisibles. Cette visibilité est tout aussi importante pour nouer des alliances internationales et drainer des crédits.

* *
*

Au total, les conventions constitutives des CH&U ont été signées pour la plupart dans les années 70, et n'ont connu par la suite que de simples avenants. Les facultés de médecine initialement signataires ont perdu la personnalité morale. Les conventions se limitent à un objet essentiellement patrimonial. Dans la mesure où les questions de locaux, d'équipement, de fluides et de répartition des charges n'ont pas été mises à jour, les conventions - déjà limitées dans leur ambition et leur intérêt- ont donc aujourd'hui perdu toute pertinence.

En outre, il n'existe **pas de concordance de calendrier ou d'articulation entre les différents textes** de contractualisation que les Universités et les établissements de santé concluent chacun de leur côté.

CHAPITRE 2 - LES CH&U REMPLISSENT LEURS MISSIONS DE RECHERCHE DE FACON TRES INEGALE

La recherche fait partie des trois missions des CH&U. Elle peut porter bien sûr sur le domaine biomédical, mais aussi sur d'autres aspects des sciences humaines (robotique, économie, psychologie, etc). Fondamentale, elle est effectuée dans les unités des EPST associées aux CHU ou dans les laboratoires universitaires ; appliquée, la recherche clinique est menée dans les services hospitaliers eux-mêmes, par expérimentation directe sur l'être humain.

A ces missions de recherche, il faut également rattacher les efforts de développement et d'innovation, auxquels contribue le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC).

2.1 L'effort de recherche clinique est concentré dans les grands CH&U

2.1.1 La mesure de l'effort de recherche clinique menée par les CHU et les CLCC fait souvent l'objet de surestimation

- Pour des raisons évidentes, la recherche clinique, qui suppose l'expérimentation sur l'être humain, s'exerce dans un cadre juridique strictement défini :
 - en France, par la loi Huriet-Sérusclat du 20 décembre 1988 modifiée, codifiée aux articles 1121-1 à 1126-7 du CSP ;
 - au niveau européen, par la directive 2001/20/CE du parlement européen et du Conseil du 4 avril 2001 concernant le rapprochement des dispositions réglementaires et administratives des Etats membres relatives à l'application des bonnes pratiques cliniques dans la conduite d'essais cliniques de médicaments ;
 - au niveau international, par les déclarations universelles⁷ et les règles de bonnes pratiques de l'ICIH (international conference on harmonisation of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use).
- Tous les essais cliniques doivent être déclarés par le promoteur à l'autorité administrative. En France, c'est l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) qui est compétente pour l'expérimentation sur l'homme de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, cosmétiques, produits sanguins labiles...) et la DGS pour les autres essais (essais dits « cognitifs », psychologiques, physio-pathologiques et essais portant sur des aliments). Ces administrations ont une connaissance exhaustive des essais cliniques qu'un promoteur envisage de mener au cours de l'année (flux d'entrée). Le même promoteur indique la nature exacte et le titre de l'essai, le nombre de malades qui doivent être inclus dans l'essai, le bénéfice attendu, l'investigateur principal et les investigateurs annexes,

⁷ Code de Nuremberg 1947, déclaration d'Helsinki 1964, déclaration de Manille 1981, recommandations Conseil de l'Europe 1990, convention d'Oviedo.

les sites d'investigation, les complications déclarées etc. La plupart de ces données sont rentrées dans une banque de données de l'AFSSAPS. La DGS a créé depuis peu (2002) une banque de données semblable.

Toutefois, à l'AFSSAPS comme à la DGS, le système actuel d'information ne permet pas de retracer, autrement qu'au cas par cas, les sites d'investigation (le plus souvent hospitaliers) ni l'investigateur principal. Par ailleurs ni le flux de sortie (c'est à dire les essais terminés et menés à bien), ni le stock des essais en cours, ni le nombre de malades réellement inclus ne sont connus. Or une récente enquête⁸ a montré que près des 2/3 des essais cliniques lancés n'aboutissaient pas à un résultat publiable ou utilisable, bien que cela constitue, somme toute, l'objectif de la recherche.

- Plusieurs enquêtes ont été menées, à l'initiative des hôpitaux ou de l'administration de la recherche, pour connaître l'effort de recherche clinique. Mais ces diverses enquêtes, menées directement auprès des CHU ou des CLCC, et sans consultation des autorités administratives en charge (AFSSAPS et DGS) demandent aux hôpitaux leurs essais en cours, en agrégeant le plus souvent ceux dont ils sont promoteurs, ceux dont ils sont investigateurs, et sans identifier les essais terminés.

Les résultats de ces enquêtes aboutissent à une surestimation considérable de l'effort de recherche, les essais multicentriques menés par un seul promoteur industriel, dans X établissements, étant comptabilisés comme X essais cliniques différents. Or seul le promoteur, et l'investigateur principal effectue un vrai travail scientifique, les autres investigateurs se contentant d'inclure des malades dans le protocole, et de transmettre les résultats. Ceci explique les écarts considérables constatés entre les chiffres vérifiés de l'AFSSAPS et de la DGS d'une part, et les chiffres déclarés des établissements de santé.

En outre, la multiplication des sites d'investigation pour la même étude, si elle est souvent utilisée par les promoteurs industriels pour faire connaître précocement leurs produits par les futurs « leaders d'opinion », n'est pas à encourager : elle introduit une variable supplémentaire non nécessaire dans les comparaisons, car nécessitant en principe des effectifs plus importants et alignant de fait les résultats sur les moins bons.

2.1.2 *L'effort de recherche clinique proprement dit reste assez circonscrit*

Le nombre d'essais cliniques de médicaments baisse régulièrement, en France comme dans le monde entier⁹.

TABLEAU 2 - Nombre d'essais cliniques de médicaments (et cosmétiques) déclarés en France

	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001	2002	2002/1992
Essais de médicaments	1641	1519	1467	1479	1391	1333	1169	1227	- 25 %

Source AFSSAPS

Toutefois l'industrie pharmaceutique promeut encore 73 % des essais cliniques de médicaments et de cosmétiques, les promoteurs institutionnels (établissements de santé,

⁸ Rapport IGAS n° 2003-126 sur les essais cliniques de l'enfant. Octobre 2003, disponible sur le site de la documentation française.

⁹ Le nombre de nouveaux médicaments ayant obtenu l'AMM aux USA est passé de 64 en 1990 à 39 en 2002 (Source Food and Drug Administration) et le nombre de futurs blockbuster a décliné.

associations, organismes de recherche, sociétés savantes) n'en conduisant que 27 %. En revanche, le nombre d'essais cliniques augmente pour les dispositifs médicaux.

TABLEAU 3 - Nombre d'essais cliniques de dispositifs médicaux déclarés en France

	1999	2000	2001	2002	Total
Nombre essais cliniques	206	171	182	223	815

Source AFSSAPS

Le nombre d'essais cognitifs a en revanche très fortement augmenté ces dix dernières années, passant de 123 en 1992 à 631 en 2002 (x 6,5). Au total, industriels et institutionnels se partagent presque à égalité la promotion des essais cliniques.

2.1.2.1 Les essais cliniques de produits de santé promus par les CHU et les CLCC

a) S'agissant des essais de médicaments, de loin les plus courants, les CHU et les CLCC comptent pour 18 % des promoteurs (220 essais cliniques en 2002 sur 1 227 nouveaux essais déclarés), l'industrie pharmaceutique assurant 73 % de la promotion de ceux-ci.

Selon les données fournies par l'AFSSAPS (annexe 4), certains CHU et certains CLCC, parfois dans la même région (Champagne, Picardie, DOM) n'ont pratiquement aucune activité de promotion d'essais cliniques de produits de santé : c'est le cas notamment des CHU de Reims, Amiens, Antilles-Guyane, Brest, Angers, Nancy et des CLCC de Reims, Nantes, Lille, Dijon, Strasbourg...

Dans les trois régions Ile-de-France, PACA et Rhône-Alpes, les CHU et CLCC assurent à eux seuls 40 % de la promotion institutionnelle (hors entreprises pharmaceutiques) d'essais de médicaments. Avec la région Pays de Loire et la Normandie regroupée, on atteint 56 %.

**TABLEAU 4 - Nombre de recherches déclarées à l'AFSSAPS dont CHU
et CLCC sont promoteurs**

REGION	CHU	2002	2003	Total région
Alsace	CHU Strasbourg	6	1	7
	CLCC Paul Strauss	0	0	
Aquitaine	CHU Bordeaux	8	9	20
	Institut Bergonie	1	2	
Auvergne	CHU Clermont-Fd	5	6	14
	CLCC Jean Perrin	2	1	
Bourgogne	CHU Dijon	3	2	6
	CLCC François Leclerc	1	0	
Bretagne	CHU Rennes	6	1	13
	CHU Brest	1	1	
	CLCC Eugène Marquis	3	1	
Centre	CHU Tours	6	1	7
Champagne	CHU Reims	1	0	1
	Institut Jean Godinot	0	0	
Franche Comté	CHU Besançon	3	0	3
Basse Normandie	CHU Caen	10	2	16
	CLCC François Baclesse	3	1	
Haute Normandie	CHU Rouen	3	9	13
	CLCC H. Becquerel	0	1	
Ile-de-France	AP-HP	19	31	66
	Inst. Gustave Roussy	5	7	
	Institut Curie	4	0	
	C. René Huguenin	0	0	
Languedoc	CHU Montpellier	5	3	13
	CHU Nîmes	2	0	
	CLCC Paul Lamarque	0	3	
Limousin	CHU Limoges	8	4	12
Lorraine	CHU Nancy	2	1	3
	CLCC			
Midi-Pyrénées	CHU Toulouse	8	9	22
	CLCC Claudius Regaud	1	4	
Nord-Pas de-Calais	CHU Lille	14	6	20
	CLCC Oscar Lambret	0	0	
PACA	AP Marseille	17	12	46
	Inst. Paoli-Calmette	3	3	
	CHU Nice	3	3	
	C.A Lacassagne	1	4	
Pays de Loire	CHU Nantes	9	10	33
	CHU Angers	2	2	
	CLCC Paul Papin	5	1	
	C. René Gauducheau	1	3	
Picardie	CHU Amiens	4	4	8
Poitou-Charentes	CHU Poitiers	8	4	12
Rhône Alpes	HCL Lyon	11	3	42
	CLCC Léon Bérard	6	3	
	CHU Grenoble	7	4	
	CHU Saint Etienne	5	3	
DOM	CHU Fort-de-France	0	0	0
TOTAL RBM médicaments CHU et CLCC		220	178	377
Total RBM médicaments		1227	nd	

Données origine AFSSAPS

Attention les données de la FNCLCC ont été agrégées aux données CLCC régionales

- c) s'agissant des essais de produits cosmétiques, aucun CHU n'est promoteur et seulement quelques CHU sont investigateurs (Nice, AP-HP, Lyon, Besançon, Montpellier)

c) s'agissant des essais cliniques de thérapie cellulaire, le nombre d'essais cliniques effectués par les CHU se monte à 8 en 2002 (AP-HP 3, Grenoble 2, Nantes 2, Bordeaux 1) et à 7 en 2003 (AP-HP 2, Grenoble 2, Lyon 1, Montpellier 1, Nantes 1), les CLCC effectuant pour leur part 9 essais en 2002 (dont 6 pour Marseille) et 2 en 2003.

2.1.2.2 Les recherches biomédicales (RBM) à visée cognitive

Selon les données fournies par la DGS, les CHU occupent une place majoritaire dans ce type de recherche, puisqu'ils assurent plus de la moitié de la promotion de celles-ci, comme en témoigne le tableau ci-dessous.

TABLEAU 5 - Nombre de recherches biomédicales à visée cognitive déclarées à la DGS et dont les CHU sont promoteurs pour les années 2002 et 2003

REGION	CHU	2002	2003	Total région
Alsace	CHU Strasbourg	17	16	33
Aquitaine	CHU Bordeaux	19	12	33
	Université V. Segalen	1	1	
Auvergne	CHU Clermont-Fd	8	9	17
Bourgogne	CHU Dijon	12	6	18
Bretagne	CHU Rennes	5	9	29
	Univ. Rennes	3	1	
	CHU Brest	3	8	
Centre	CHU Tours	7	7	14
Champagne	CHU Reims	3	0	3
Franche Comté	CHU Besançon	6	3	9
Basse Normandie	CHU Caen	7	6	13
Haute Normandie	CHU Rouen	15	13	28
Ile-de-France	AP-HP	53	44	97
Languedoc	CHU Montpellier	9	7	17
	CHU Nîmes	1	0	
Limousin	CHU Limoges	10	2	12
Lorraine	CHU Nancy	5	7	12
Midi-Pyrénées	CHU Toulouse	11	14	25
Nord - Pas-de-Calais	CHU Lille	15	19	34
PACA	AP Marseille	35	15	69
	CHU Nice	11	8	
Pays de Loire	CHU Nantes	13	10	32
	CHU Angers	3	6	
Picardie	CHU Amiens	13	4	17
Poitou-Charentes	CHU Poitiers	2	4	6
Rhône Alpes	HCL Lyon	13	17	88
	Univ. Lyon 1	0	1	
	CHU Grenoble	24	18	
	CHU Saint Etienne	5	10	
DOM	CHU Fort-de-France	1	0	1
FRANCE ENTIERE : total CHU		330	277	607
TOTAL RBM cognitifs		630	550	1180
% CHU		52,4 %	50,4 %	51,4 %

Source DGS

* total de la région pour les années 2002 et 2003 /total CHU France entière pour ces deux années

On constate que les 3 premières régions (dans l'ordre : Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA) représentent 41 % des RBM à visée cognitive promues par un CHU, les dix premières régions (dans l'ordre à la suite : Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine et Alsace, Pays-de-Loire, Bretagne et Haute Normandie, Midi-Pyrénées) assurant 76 % de l'ensemble. La recherche

clinique cognitive ne présente donc pas une répartition plus large sur l'ensemble du territoire que la recherche fondamentale, contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, puisqu'elle ne nécessite pas d'infrastructures lourdes. Par ailleurs, les CLCC représentent aussi un fort taux de promoteurs institutionnels, et la concentration des recherches dans 4 à 5 d'entre eux est notable, accroissant encore le poids des 3 premières régions.

Les domaines explorés couvrent bien tout l'éventail des disciplines médicales. A titre d'exemple, on citera quelques essais menés en 2003 : *influence de l'hémodialyse sur l'expression et la fonction des récepteurs purinergiques ; cohorte multicentrique des mélanomes de l'Ile-de-France ; péridurale et rachianesthésie combinée pour le travail obstétrical : incidence sur la vitesse et le mode d'accouchement ; étude comparative de l'embout buccal et du masque facial pour la pratique de la ventilation non invasive ; validation d'une technique de repérage stéréotaxique des sites de haut grade au sein des tumeurs cérébrales : optimisation de la cible neurochirurgicale ; caractérisation des cellules souches hépatiques d'origine médullaire en situation d'insuffisance hépato-cellulaire grave.*

- Selon les enquêtes menées auprès des directions de la recherche clinique des CHU et des CLCC par la Direction de l'évaluation et de la prospective¹⁰, les CHU auraient déclaré aussi bien en 2001 qu'en 2002, 14 500 essais en cours, la moitié étant promus par des industriels et la moitié par eux mêmes. Les CHU affirment être promoteurs de 2034 protocoles, les CLCC de 270 protocoles. La dépense intérieure de recherche clinique s'élèverait à 129 millions d'euros.

S'agissant du nombre d'essais cliniques en cours déclaré par les hôpitaux, ce nombre n'est guère cohérent avec le flux annuel vérifié des essais cliniques (environ 2000 en 2002¹¹). De trois choses l'une :

- ou bien, il existe une sous-déclaration des essais cliniques ;
mais l'enquête est menée auprès des DRC (délégation à la recherche clinique), bien informée des lourdes sanctions pénales qui pèsent sur le non-déclarant ;
- ou bien, la durée des essais cliniques est très longue (en moyenne 7 ans, ce qui pénaliserait considérablement les industriels dans leur quête de l'AMM, si c'était vrai) ;
- ou bien, et c'est l'hypothèse la plus probable, il s'agit d'une surestimation, liée à une mauvaise comptabilisation des essais cliniques multicentriques, considérés comme autant d'essais différents.

2.1.2.3 Les résultats du PHRC

Les résultats du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) ne démentent pas ces constats.

¹⁰ Publiées dans « recherche et développement en France, résultats 2000, estimation 2001 objectifs socio-économiques du BCRD 2002 » N° 144 6/2003 Ministère de la jeunesse et de l'éducation nationale et même titre année suivante (résultats 2001, estimations 2002) N° 146 2/2004.

¹¹ dont une partie n'est pas effectuée à l'hôpital, et notamment les essais de médicaments de phase I sur volontaires sains, les essais de phase IV menés en ambulatoire, etc.

Le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), créé en 1993, visait à favoriser le développement de la recherche clinique française, en l'aidant à se structurer, grâce à la mise en place de délégations régionales à la recherche clinique (DRC) de composition tripartite (équipe médicale- équipe paramédicale- université), qui devaient aider à la mise en forme des dossiers, suivre la réalisation des recherches et participer à leur évaluation finale.

Chaque année, une circulaire ministérielle indique les priorités retenues et fait un appel à projet, selon une double enveloppe nationale (thématisée) et régionale (non thématisée), cette dernière étant à répartir par les CHU aux hôpitaux de leur secteur. Les projets sont ensuite soumis au Comité national de recherche clinique qui les instruit en faisant appel à des experts et en retient en moyenne un pourcentage de 25 à 30 %

Depuis 1993, les crédits cumulés attribués au titre des PHRC représentent plus de 280 millions d'euros, les projets et les dotations en personnel étant financés pour une durée de 3 à 4 ans. Les notifications annuelles ont triplé, passant de 12,2 millions d'euros en 1993 à 36,3 millions d'euros en 2002 et 42 millions en 2004.

Au cours des neuf années de son existence, le PHRC a favorisé , au total 1 593 projets, dans de nombreuses disciplines : toxicomanie, douleur, psychiatrie, gériatrie, thérapie cellulaire, génétique, microchirurgie, robotique. Le sujet "pédiatrie" est apparu dans la circulaire de 2003, deux ans après le thème des maladies orphelines.

Quelques exemples peuvent illustrer sa diversité. En retenant, de manière aléatoire, le premier essai figurant sur la liste de chaque année, on trouve ainsi :

- en 93, protocole multicentrique d'évaluation des implants cochléaires,*
- en 94, mise au point de greffons artériels cryopréservés en transplantation hépatique,*
- en 95, étude des déterminants du contrôle de glycémie chez l'enfant diabétique,*
- en 96, étude de la supplémentation en glutamine chez le nouveau-né prématuré,*
- en 97, essai sur l'intérêt d'une nouvelle méthode de mesures de la capacité de diffusion du CO pour mieux diagnostiquer certaines pathologies chez le petit enfant,*
- en 98, étude du rôle de l'hormone de croissance chez les enfants minces et chez les enfants obèses,*
- en 2000, analyse de l'impact d'un programme de soins de développement sur le sommeil de l'enfant prématuré,*
- en 2001, génotypage des rotavirus impliqués dans les affections nosocomiales,*
- en 2002, évaluation de l'effet de la durée des prises en charge globales spécialisées sur le développement psychologique du jeune enfant autiste.*

On note aussi l'existence de recherches-action ou d'études de cohortes, conformément aux objectifs de la politique publique d'aide à la recherche clinique.

Les PHRC font l'objet d'une évaluation publiée six ans après chaque exercice. Ainsi le dernier rapport publié, qui concerne le PHRC 1994, montre que 80 % des projets retenus ont abouti à publication et 4 % d'entre eux seulement ont été interrompus.

Comme en témoigne le tableau ci-dessous, les trois premières régions comptabilisent environ 62,79 % des dossiers déposés et 64,36 % des dossiers acceptés, l'écart signant la bonne qualité des projets. Les sept premières régions représentent 76,21 % des dossiers déposés, et 79,15 % des projets retenus. A l'inverse, certains CHU ne déposent aucun dossier,

ou –eu égard à la qualité du dossier- ne sont jamais retenus : il s’agit par exemple de Poitiers, Reims, Angers, Pointe-à-Pitre, Clermont-Ferrand, Fort-de-France.

A l’intérieur des hôpitaux de l’Assistance publique de Paris, l’effort contributif à la recherche varie également de façon notable :

- très élevé à la Salpêtrière (30 dossiers déposés en 1995, 21 en 1998 par exemple), à Necker (25 dossiers en 1995, 3 en 1998), à Cochin (14 en 1995 et 1998) ou à Henri Mondor (1- en 1995, 14 en 1998),
- moyen à l’hôpital Européen Georges Pompidou (13 en 1995, 5 en 1998), Robert Debré (14 en 1995, 3 en 1998) Avicenne (6 en 1995, 7 en 1998),
- faible à Jean Verdier (0 en 1995, 5 en 1998) à Paul Brousse (2 en 1995, 3 en 1998), ou à Rothschild et nul dans les hôpitaux gériatriques de Dupuytren ou Emile Roux.

Le périmètre « recherche » varie donc très fortement d’un CHU à l’autre et à l’intérieur d’un CHU d’un site à l’autre.

TABLEAU 6 - Répartition des dossiers

Région	CHU	Dossiers déposés	Dossiers retenus
Ile-de-France	AP-HP	38,99 %	39,13 %
PACA	Marseille (10, 13 %) Nice (4,3 %)	14,43 %	14,79 %
Rhône Alpes	Lyon (7,09 %) Grenoble (1,74 %) Saint Etienne (1,01 %)	9,37 %	10,44 %
Nord	Lille	3,80 %	2,61 %
Midi-Pyrénées	Toulouse	2,78 %	3,48 %
Aquitaine	Bordeaux	2,03 %	4,35 %
Pays de Loire	Nantes (3,04 %) Angers (1,77 %)	4,81 %	4,35 %
Alsace	Strasbourg	2,03 %	1,74 %
Languedoc-roussillon	Montpellier (1,77 %) Nîmes (0, 76 %)	2,53 %	2,61 %

Source DHOS

2.2 La recherche fondamentale réclame un minimum de masse critique

2.2.1 L’intensité de la recherche fondamentale peut se mesurer au nombre de structures labellisées et évaluées

Sachant que les structures sont évaluées régulièrement sur des critères admis au niveau international, comme les publications et l’impact factor, la présence d’instituts fédératifs de recherche (IFR), d’unités de recherche ou de génopoles - dans la mesure où il s’agit d’équipes de recherche labellisées et régulièrement évaluées - constitue un des indicateurs les plus simples et les plus robustes de l’effort de recherche fondamentale.

D’autres indicateurs permettraient d’affiner cette approche en les reliant aux sites de CHU (nombre d’enseignants-chercheurs dans les équipes de recherche reconnues, nombre d’équipes, publications, facteur d’impact). Les travaux de l’observatoire des sciences et

technologies et de la direction de la recherche permettront d'améliorer prochainement cette information.

2.2.1.1 Les Instituts fédératifs de recherche (IFR)

La reconnaissance d'un institut fédératif de recherche (IFR) par le ministère de la recherche, marque une bonne structuration de la recherche, qui a atteint une taille critique sur une thématique de recherche. L'IFR est matérialisé par une convention entre les différents partenaires et ouvre droit à des financements contractualisés (hors dépenses de personnel) pour l'université qui gère l'IFR, éventuellement pour le compte commun de plusieurs institutions.

Au 1^{er} janvier 2003, 95 IFR étaient reconnus, l'INSERM étant partenaire de 69 d'entre eux. On trouvera en annexe 7 la liste de ceux-ci. L'analyse de cette liste confirme qu'à quelques oublis ou exceptions près, les CHU sont signataires des conventions pour une soixantaine d'IFR, traduisant une recherche de site hospitalo-universitaire active, dont l'INSERM et l'université sont presque toujours partenaires. Les autres IFR, au-delà de collaborations éventuelles avec des chercheurs ou des cliniciens, ne participent pas d'une logique de site hospitalo-universitaire.

Les IFR sont très concentrés en Ile-de-France, 18 au total, et particulièrement dans les universités spécialisées Paris V, VI, VII et XI, qui totalisent 17 IFR ; seule parmi les universités polyvalentes, Paris XII compte 1 IFR. Ils se répartissent entre les 4 groupements hospitalo-universitaires (GHU) du CH&U francilien :

- GHU Nord : 3 IFR avec Paris VII à Bichat-Claude Bernard (IFR 2), Lariboisière (IFR 6) et Saint-Louis (IFR 105) ;
- GHU Est : 5 IFR avec Paris VI dont 4 à la Pitié-Salpêtrière (IFR 14, 49 avec CEA-Orsay, 70 et 113) et l'IFR 65 à St-Antoine ;
- GHU Sud : 5 IFR dont 4 avec Paris XI à Bécélère (IFR 13 également avec Paris VII), à Paul Brousse (IFR 69 et 89 avec l'IGR) et Bicêtre (IFR 93) ; l'IFR 10 à Mondor implique Paris XII ;
- GHU Ouest : 5 IFR avec Paris V à Ste-Périne (IFR 12), l'HEGP-Broussais-Hôtel-Dieu (IFR 58), Broca (et Ste-Anne : IFR 77), Necker-Enfants malades (IFR 94) et Cochin (IFR 116).

Les 43 IFR de province impliquant des CH&U se répartissent très inégalement entre :

- le groupe des universités spécialisées, qui représente les trois quarts de ces IFR (32) et la moitié du total national : Aix-Marseille (6 IFR), Lyon (3 IFR), Montpellier, Bordeaux, Toulouse (4 IFR chacun), Lille (3 IFR), Grenoble (4 IFR), Strasbourg (2 IFR), Rennes (3 IFR), Nancy (1 IFR CNRS) ;
- le groupe des universités polyvalentes, qui totalise seulement 11 IFR : seule Nice compte 2 IFR, 8 universités se sont vu reconnaître un IFR unique (Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Nantes, Poitiers, Reims, Rouen, Tours), dont la thématique ne prétend évidemment pas couvrir une part significative des activités du CH&U mais représente son axe

prioritaire ; les universités d'Amiens, Angers, Besançon, Brest, Limoges, Poitiers, St-Etienne, Antilles-Guyane dépourvues d'unité INSERM, n'atteignent pas le seuil de ressources et d'activité permettant à leurs rares équipes d'intégrer un IFR, seul Poitiers ayant une équipe propre membre d'un IFR CNRS-INRA.

2.2.1.2 Les unités INSERM

La même concentration prévaut pour les 279 unités INSERM, dont la moitié sont situées en Ile-de-France. Toutefois nombre d'unités ne se situent pas sur des sites de CH&U, et ne sont pas rattachées à une université, notamment à l'institut Pasteur, l'institut Curie, l'Ecole normale supérieure, le collège de France, etc. Mais la majorité se trouve bien dans les sites du CH&U francilien, en lien avec les universités Paris V, VI, VII et XI ; Paris XII, bien qu'université polyvalente, représente pour sa part 8 unités (fédérées dans l'IFR 10 à Mondor), sur les 24 unités INSERM de l'administration déléguée régionale dite « Paris XII » de l'INSERM.

Les quelque 120 unités INSERM existant en province sont très concentrées dans les universités spécialisées :

- Lyon (24 unités), Marseille (13 unités), Montpellier (14 unités), Strasbourg et Toulouse (10 unités chacun), Lille (9 unités), Bordeaux (8 unités), Grenoble (5 unités), Rennes (3 unités), Nancy (1 unité), qui totalisent 97 unités soit 40 % du total national et près de 90 % des unités de province ;
- 8 universités polyvalentes possèdent au moins une unité INSERM (Nice 7 unités, Nantes 5 unités, Clermont-Ferrand, Dijon, Rouen 2 unités chacun, Caen, Reims, Tours 1 unité chacun), mais les 8 autres citées plus haut n'en ont aucune.

En résumé, sur la base de ces deux premiers indicateurs (nombre d'IFR et nombre d'unités INSERM), parmi les universités polyvalentes, seules Paris XII, Nice et Nantes ont une activité de recherche significative et structurée, les autres ayant une activité modeste ou émergente reposant sur quelques équipes propres de l'université. En sens inverse, parmi les universités spécialisées, quatre apparaissent dans une situation intermédiaire : le potentiel de recherche y apparaît moins important en termes d'unités INSERM, et plus transversal à Grenoble et Rennes à en juger par le nombre d'IFR. Les deux universités Grenoble I et Rennes I sont les moins spécialisées de leur groupe (par le poids des étudiants en santé dans l'ensemble). En revanche, Clermont-Ferrand I et Nancy I, petites universités très spécialisées, apparaissent en matière de recherche dans une situation fragile.

2.2.2 La coopération interrégionale prend une dimension croissante. L'exemple des génopoles et des cancérologies

Les exigences croissantes de la recherche, notamment en termes de plateaux techniques, ont renforcé récemment, avec l'appui fort des ministères concernés, l'émergence d'une organisation interrégionale.

Le réseau national des génopoles initié par le ministère de la recherche en 1999 comprend aujourd'hui la génopole d'Evry-Ile-de-France et 7 génopoles régionales à Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Strasbourg, Toulouse et Bordeaux (en test).

En 2003, dans le cadre du plan cancer, la création de 7 cancéropoles¹² a été soutenue par les ministères de la recherche et de la santé ; ces projets interrégionaux de recherche sont à des stades de maturation divers, avec une participation forte des collectivités locales (notamment à Lyon) :

- Nord-Ouest : CLCC et CH&U de Lille, Amiens, Rouen, Caen (pas de CLCC à Amiens),
- Nord-Est : CLCC et CH&U de Strasbourg, Nancy, Besançon, Dijon, Reims (pas de CLCC à Besançon),
- Ile-de-France : CLCC Institut Curie, Institut Gustave Roussy, René Huguenin et AP-HP,
- Rhône-Alpes : CLCC de Lyon (Institut Léon Bérard) et Clermont Ferrand, CH&U de Lyon, Grenoble, St-Etienne et Clermont-Ferrand,
- PACA : CH&U et CLCC de Marseille et Nice,
- Grand Ouest : CLCC et CH&U de Nantes, Angers, Brest, Poitiers, Rennes, Tours (pas de CLCC à Brest, Poitiers, Tours),
- Grand Sud Ouest : CLCC et CH&U de Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Limoges (pas de CLCC à Limoges).

Il est intéressant de noter que ces coopérations interrégionales retrouvent le contour des interrégions d'internes, à l'exception de l'Auvergne. Les CHU des régions Nord/Picardie/Normandies se sont regroupés au sein du G4 pour donner une dimension plus opérationnelle à ces coopérations, jusqu'ici restées plutôt théoriques.

2.2.3 Les moyens affectés à la recherche sont difficiles à mesurer

S'agissant des personnels affectés à la mission recherche, les constats peuvent être formulés de la façon suivante :

- la triple mission des personnels hospitalo-universitaires, titulaires et temporaires, suppose que tous participent à l'effort de recherche, mais la hauteur de leur engagement est rarement quantifiée ou évaluée à titre collectif ou individuel ; les enseignants-chercheurs impliqués respectivement dans les unités labellisées (par exemple environ 50 % à Lille) et dans la recherche clinique (présente dans presque tous les CHU) représentent deux fractions complémentaires mais sans doute non exhaustives des enseignants-chercheurs ; en complément, l'engagement des praticiens hospitaliers reste d'autant plus modeste qu'il est mal reconnu, alors qu'il devrait s'inscrire significativement dans les demi-journées d'intérêt général statutaires des PH, les seules perspectives de recrutement HU ne pouvant tenir lieu de motivation universelle ;
- l'engagement de recherche du CH&U et de ses partenaires principaux n'est pas facilement lisible : or, il est capital pour valoriser la performance du site hospitalo-universitaire. Le caractère mixte de la recherche médicale et en sciences de la vie, ainsi que la compétition mondiale dans ce domaine, imposent de valoriser ces partenariats entre hôpital, université, EPST et industrie ; eux seuls permettent en effet d'atteindre la taille critique et de rendre plus visibles les efforts individuels de chacun des acteurs. L'observatoire des sciences et technologies (OST), GIP soutenu par le ministère de la recherche, fédère actuellement un effort coopératif pour harmoniser les affiliations déclarées par les chercheurs dans leurs publications et faciliter ainsi les mesures bibliométriques (citations et facteurs d'impact). La Fédération hospitalière de France (FHF) s'est heureusement associée à cette initiative

¹² Cf. la carte figurant en annexe 3, où figurent les 20 CLCC et les 26 CH&U métropolitains.

en fédérant les DRC des CHU et les autres établissements de santé dans cette entreprise de longue haleine ; pour autant, des initiatives locales permettent parfois de trouver dans un document unique les stratégies définies, les thématiques de recherche, les moyens mis en œuvre (personnels, équipements) et les contributions apportées par chacun sur un site HU donné ou autour de celui-ci¹³.

2.2.4 Deux types de recherche doivent être distingués

La mission propose de différencier, tant au niveau national qu'au niveau local, dans les futurs documents contractuels et les synthèses nationales, deux types de recherche :

- une recherche de site hospitalo-universitaire : elle implique des équipes de recherche positionnées de façon permanente sur le campus HU ou à proximité immédiate de celui-ci, dirigées par ou collaborant principalement et durablement avec des hospitalo-universitaires (titulaires ou temporaires), des praticiens hospitaliers engagés dans la recherche, ou des étudiants en formation par la recherche ; on y trouvera la quasi-totalité des unités et équipes de l'INSERM, des équipes propres des UFR médicales (médecine, odontologie, pharmacie), et nombre d'équipes du CNRS ou d'autres organismes ; ces équipes ont le plus souvent reçu un label « mixte » dans les 5 ou 10 dernières années (certains parlent d'UMRisation), et sont fédérées par des IFR thématiques, label délivré par le MJENR (cf. infra) ;
- une recherche transversale : elle implique des hospitalo-universitaires et des équipes de recherche hors site, une collaboration à caractère plus transversal entre un service hospitalier ou un enseignant-chercheur ou une équipe de recherche du CH&U et une ou des équipes de recherches plus éloignées géographiquement ou intellectuellement ; dans le premier cas, on constate des liens organisés entre CH&U plus actifs en recherche et CH&U moins actifs ; dans le second cas, on repère des liens avec d'autres disciplines de biologie, de sciences fondamentales ou humaines, de robotique, d'informatique notamment, y compris dans le cadre de contrats industriels.

Ces deux efforts de recherche pourraient être mieux retracés par les supports de contractualisation que sont :

- le volet recherche du contrat quadriennal des universités, et les annexes tripartites avec les EPST,
- le volet recherche du contrat d'objectif et de moyens du CHU, qui existe déjà dans certains CHU (Lille et Rouen, notamment) et pourrait être généralisé.

¹³ Note de l'ARH Nord-Pas-de-Calais sur la recherche médicale dans la région (mars 2003). Ce document reprend largement les travaux initiés par le CH&U et ses partenaires, mais leur donne une meilleure visibilité et un horizon plus régional.

2.3 Les données macroéconomiques sur la recherche ne permettent pas d'apprécier les efforts par site

2.3.1 Les données macroéconomiques

L'ensemble des dépenses de R&D¹⁴ dans le domaine de la santé, c'est-à-dire en sciences de la vie (SDV), recherche finalisée, recherche clinique, recherche industrielle, est estimée à 5,1 Md€ soit 16 % de la dépense intérieure de recherche et développement (DIRD) de l'année 2000, dont 2,6 Md€ pour la recherche publique et 2,5 Md€ pour celle des entreprises (industrie pharmaceutique et industrie des instruments médicaux).

Dans le Budget civil de recherche et développement (BCRD), le domaine de la santé représente le premier objectif, avec 1 708 millions € en 2000 (dont 968 millions pour les SDV et 740 millions pour la Santé) et 2 297 millions € en 2003.

Les deux EPST principalement concernés sont l'INSERM et le CNRS (département des sciences du vivant - domaine scientifique DS5 biologie, médecine, Santé). La répartition des interventions dans le domaine de la Santé est¹⁵ :

TABLEAU 7 - Dépenses de recherche BCRD 2000 en M€

BCRD 2000	Santé	Sciences de la vie	Total
Ministère en charge de la recherche	15,1	247,8	262,9
Autres ministères	31,2	14,6	45,8
Total des ministères	46,3	262,5	308,8
Instituts Pasteur	59,4	5,2	64,6
Institut Curie	0,6	4,6	5,2
CEA civil	50,8	31,4	82,2
INSERM&ANRS	429,0		429,0
IRD	7,9	26,4	34,3
CNRS et instituts	80,2	534,5	614,7
Autres organismes	66,0	103,2	169,2
Total des organismes	693,8	705,2	1 399
ENSEMBLE en M€	740	968	1 708

Source : MEN, DEP, B3

Cette appréciation du budget doit être complétée par la prise en compte d'acteurs de la recherche qui ne sont pas inscrits au BCRD : les universités, les centres hospitaliers universitaires et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) pour la recherche clinique ou les associations.

Les dépenses des universités et des hôpitaux universitaires peuvent être estimées à environ 1.070 millions € à partir :

¹⁴ L'enquête périodique recherche et développement en France (Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche, DEP B3 : bureau des études statistiques sur la recherche) donne des indications synthétiques (tous ministères et organismes) sur l'effort de recherche dans le domaine de la Santé. L'observatoire des sciences et technologies (OST) publie également des données.

¹⁵ Enquête recherche et développement en France n° 144, juin 2003, et n° 148, février 2004.

- de la part des enseignants chercheurs appartenant à des disciplines relevant du domaine de la santé, à partir des disciplines de formation, dans l'ensemble des enseignants chercheurs, soit un quart des effectifs en 2000 ;
- de la participation des CHU et des CLCC aux dépenses de recherche clinique y compris le financement du PHRC.

Enfin, on estime que la moitié des dépenses du secteur associatif relève du domaine de la santé, soit près de 150 millions €.

L'ensemble du secteur public contribuerait donc à un budget de recherche et développement de santé de 2,92 Md€ en 2000. L'enquête annuelle du MJENR¹⁶ sur la dépense intérieure de R&D recense ainsi l'effort de recherche des différents acteurs :

- établissements d'enseignement supérieur, dont les universités,
- EPST,
- effort propre des établissements de santé CHU et CLCC,
- R&D industrielle.

La commission des comptes de la santé publie sur cette base chaque année un agrégat « dépenses de recherche médicale et pharmaceutique » qui s'établit à 6,2 Md€ en 2002, soit 0,4 % du PIB, dont 2 Md€ provenant du BCRD et 3,3 Md€ de l'industrie pharmaceutique.

Ces données apportent une vision macroéconomique utile, mais n'éclairent pas sur la R&D telle qu'elle est organisée dans les CH&U.

2.3.2 Les données disponibles pour les CH&U

Aucun des contrats quadriennaux examinés par la mission ne donne par site ou établissement une vision claire des ressources humaines et financières, pourtant importantes, mises en œuvre dans les CH&U. En effet, les volets recherche de ces contrats, même quand ils retracent le partenariat avec les grands EPST, se bornent à préciser, par unité ou équipe de recherche, les crédits de fonctionnement apportés par le Ministère (préparés et suivis par la direction de la recherche), ou par l'INSERM ou le CNRS, voire les deux, sans détailler les dépenses de personnel correspondantes, ni faire la synthèse des financements énumérés.

Certes, les enseignants-chercheurs de l'université demeurent rémunérés par le trésorier-payeur général. Leur temps ou leur salaire universitaire ne peut donc être ventilé entre l'enseignement et la recherche autrement que par convention, ce que font les comptes nationaux (et l'OST), qui partagent les enseignants-chercheurs à 50 %-50 % entre ces deux missions. Bien entendu, pour les hospitalo-universitaires, leurs émoluments hospitaliers demeurent affectés aux seuls comptes de la santé, au titre de la troisième mission, celle des soins.

On trouvera en annexe 8 deux exemples du caractère partiel des indications sur l'effort de recherche, à Lille et à Paris V.

De façon générale, dans les contrats quadriennaux, en dehors de l'identité des responsables d'instituts, unités ou équipes, aucune indication n'est donnée concernant l'implication et le temps de recherche (même approximatif ou conventionnel) des hospitalo-universitaires dans les unités concernées, a fortiori des praticiens hospitaliers. Ils ont naturellement d'autres engagements au titre de la recherche clinique ou de contrats industriels,

¹⁶ Note recherche 04.02 de mars 2004 du MJENR.

mais ceux-ci peuvent aussi être rattachés par leur employeur (l'université) à leur valence recherche, que ces engagements soient réalisés à l'hôpital ou à l'université.

* *
*

Au total, huit CH&U sur les 27 existants assurent près des trois quarts de l'effort de recherche, aussi bien dans le domaine de la recherche fondamentale que de la recherche clinique. A contrario, certains CHU ne font pratiquement aucune recherche, alors que l'exemple de certains CHU qui ont su développer certains domaines de recherche, montre que des stratégies efficaces permettent de rester performants. Dans tous les cas, les moyens attribués ne paraissent pas toujours proportionnels à l'activité.

Pour favoriser l'effort de recherche, il faut donc revenir à un financement proportionnel aux résultats. L'exemple des cancéropôles montre également que les synergies interrégionales doivent être encouragées, pour donner une impulsion nouvelle au dispositif.

CHAPITRE 3 – LE SYSTEME DE FORMATION TRAVAILLE DE FACON AVEUGLE, AVEC UNE CAPACITE D’ADAPTATION TROP FAIBLE

Une des premières fonctions des CH&U est de former les futurs personnels de santé en fonction des besoins prévisibles, tant pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers. On pourrait donc penser que l’administration et les CH&U se préoccupent de ces besoins à moyen terme, qu’ils se préparent à leurs évolutions, et que les CH&U sont bien placés pour assurer leur propre relève. Il n’en est malheureusement rien.

3.1 Les besoins d’enseignement sont mal connus, alors même qu’on sait qu’ils vont s’accroître et que les études médicales coûtent cher

Les besoins en matière de formation aux professions de santé devraient résulter d’une analyse prospective des besoins de santé à court et moyen terme au plan national comme au plan régional. Ceux-ci se déduisent à la fois des évolutions démographiques tant des professions elles-mêmes que de la population globale et des analyses épidémiologiques de certaines pathologies.

A partir de là, l’offre de formation devrait être modulée en fonction des évolutions souhaitées de l’offre de soins. Or, cette modulation n’a pas véritablement lieu, pour des raisons qui tiennent tant à l’insuffisance de la prospective conjointe des deux ministères en matière d’évolution des besoins de santé et d’offre de formation qu’aux limites constatées dans la mise en œuvre des instruments de pilotage existants. L’analyse des effectifs annuels globaux d’étudiants reste en effet sommaire, faute d’outils adéquats.

* *

Les trois disciplines médicales (médecine, odontologie et pharmacie) représentent 11 % des étudiants inscrits dans l’ensemble des 82 universités françaises (hors IUT) en 2002, compte tenu de l’évolution du numerus clausus et de la progression des étudiants inscrits à l’université dans les décennies récentes.

Pour l’année 2002/2003 le nombre total d’étudiants dans les trois disciplines médicales (médecine, odontologie, pharmacie) représentaient, tous cycles confondus, 146 294 étudiants, à raison de 112 862 en médecine, 25 349 en pharmacie et 8 083 en odontologie¹⁷.

Ces étudiants sont répartis dans 33 des 82 universités françaises. Ces universités comptent au total 78 UFR de médecine, pharmacie ou odontologie : 41 UFR de médecine, dont 3 UFR mixtes médecine et pharmacie, 24 UFR de pharmacie, dont les 3 UFR mixtes, et 16 UFR d’odontologie. Dans ces universités, les étudiants des disciplines médicales représentent en moyenne 24 % des effectifs comme en témoigne le tableau ci-dessous.

¹⁷ Données SISE 2002/2003. Source DEP-MJENR.

TABLEAU 8 - Effectifs étudiants totaux et santé par université et part de la santé en 2002-3

UNIVERSITES SPECIALISEES	UFR Pharma	UFR Odonto	total UFR	1er cycle	2ème cycle	3ème cycle	Eff.méd.	Eff. totaux	Part Spéc. Méd.
RENNES 1	P	O	3	1 269	883	1 920	4 072	19 305	21 %
GRENOBLE 1	P		2	1 455	595	1 375	3 425	14 220	24 %
PARIS 7		O	3	1 618	1 284	3 610	6 512	24 240	27 %
PARIS 11	P		2	1 402	1 145	3 618	6 165	22 680	27 %
TOULOUSE 3	P	O	4	2 321	1 116	3 020	6 457	22 538	29 %
STRASBOURG 1	P	O	3	1 626	1 081	2 346	5 053	15 513	33 %
PARIS 6		O	3	2 820	1 487	5 205	9 512	28 869	33 %
CLERMONT-FD 1	P	O	3	1 269	649	1 346	3 264	9 888	33 %
MONTPELLIER 1	P	O	3	2 379	1 114	3 605	7 098	19 803	36 %
LILLE 2	P	O	3	3 115	1 707	2 856	7 678	18 499	42 %
PARIS 5	P		2	2 681	2 033	6 328	11 042	25 691	43 %
AIX-MARSEILLE 2	P	O	3	3 064	1 482	2 905	7 451	17 087	44 %
LYON 1	P	O	6	4 161	1 967	4 456	10 584	23 430	45 %
NANCY 1	P	O	3	2 153	1 296	2 316	5 765	12 299	47 %
BORDEAUX 2	P	O	5	2 830	1 785	3 633	8 248	15 972	52 %
Total 15 UNIVERSITES SPECIALISEES			48	34 163	19 624	48 539	102 326	290 034	35 %

UNIVERSITES POLYVALENTES									
ANTILLES-GUYANE			1	274	0	204	478	10 728	4 %
VERSAILLES-ST-Q.			1	110	331	548	989	11 328	9 %
NICE		O	2	811	447	1 043	2 301	23 186	10 %
POITIERS	Pm		1	972	447	937	2 356	21 318	11 %
BREST		O	2	567	391	625	1 583	13 985	11 %
CAEN	P		2	953	587	950	2 490	21 361	12 %
PARIS 12			1	879	460	1 564	2 903	22 658	13 %
ROUEN	Pm		1	1 189	575	1 317	3 081	21 879	14 %
DIJON	P		2	1 182	512	1 354	3 048	21 181	14 %
BESANÇON	Pm		1	1 053	468	1 019	2 540	17 409	15 %
AMIENS	P		2	930	512	1 128	2 570	17 015	15 %
NANTES	P	O	3	1 492	827	2 071	4 390	27 823	16 %
PARIS 13			1	837	368	1 267	2 472	15 463	16 %
SAINT-ETIENNE			1	671	290	685	1 646	9 997	16 %
ANGERS	P		2	860	457	1 099	2 418	14 462	17 %
LIMOGES	P		2	760	424	809	1 993	11 516	17 %
REIMS	P	O	3	1 101	675	1 233	3 009	17 371	17 %
TOURS	P		2	1 507	733	1 199	3 439	18 721	18 %
Total 18 UNIV. POLYVALENTES			30	16 148	8 504	19 052	43 706	317 401	14 %

Total 33 UNIVERSITES AVEC SPEC. MEDICALES			78	50 311	28 128	67 591	146 032	607 435	24 %
---	--	--	----	--------	--------	--------	---------	---------	------

Source DEP, la mention P indique l'existence d'une UFR de pharmacie, Pm d'une UFR mixte médecine-pharmacie, et O d'une UFR d'odontologie. Il y a en général 1UFR de médecine, parfois 2 (Toulouse, Paris 6 et 7), 3 (Bordeaux) ou 4 (Lyon). Les 3 UFR de Paris 5 sont regroupées en 2004.

Leur répartition est, de surcroît, inégale : **deux tiers des étudiants sont inscrits dans les 15 universités les plus anciennes**, spécialisées en sciences et santé (Aix-Marseille II, Grenoble I, Lyon I, Montpellier I, Nancy I, Paris V, VI, VII et XI, Rennes I, Strasbourg I,

Toulouse III) ou en droit et santé (Bordeaux II, Clermont-Ferrand I, et Lille II). Dans ces universités, les étudiants en santé représentent en moyenne un étudiant sur trois. En revanche, un tiers des étudiants en santé est inscrit dans les 18 universités polyvalentes (cf. tableau) où la médecine est présente : les filières médicales n'y représentent qu'un étudiant sur sept en moyenne.

A ces chiffres, il convient d'ajouter quelques 6 500 étudiants inscrits dans les lycées en sections de techniciens supérieurs préparant à des professions de santé et quelques 90.000 étudiants dans les instituts de formation paramédicaux qui ne dépendent pas de l'Education nationale.

Bien que des données plus détaillées ne soient pas disponibles, une note d'information récente de la DEP¹⁸ indique que, pour la seconde année consécutive, la remontée du *numerus clausus* entraîne à la rentrée 2003 une remontée des effectifs globaux, à 155.600 étudiants (+6 %), soit 12 % des étudiants en université ; on note de surcroît 26.500 nouveaux inscrits en première année, soit 4.500 ou 20 % de plus qu'en 2002.

Le suivi statistique et, plus encore, l'analyse prospective concernant ces études paraissent souffrir de lacunes importantes. Si, à travers l'enquête SISE (Système d'Information sur le suivi des étudiants), il est possible à la DEP du ministère de l'éducation de produire un constat quantitatif annuel détaillé, en revanche, il n'existe ni étude prospective, ni suivi de cohortes permettant de mesurer les évolutions en cours d'études et de préciser le devenir des étudiants.

De manière également préoccupante, il apparaît que la direction de la recherche, des études et de l'évaluation (DREES) du ministère chargé de la santé ne fournit plus depuis deux ans les données statistiques sur les instituts de formation paramédicaux dépendant de ce ministère, et dont les effectifs sont pourtant loin d'être négligeables. Ainsi le Programme National Interministériel de Statistique n'est-il pas respecté.

Enfin, il n'existe pas non plus d'analyse globale du coût des études de santé, ni d'analyse des coûts par cycle et par formation. Seule une étude ancienne de l'observatoire des coûts de l'enseignement supérieur sur l'université Louis Pasteur de Strasbourg¹⁹ permet de se faire une idée de ces données.

Ainsi, globalement, tout le système de suivi statistique -tant pour l'analyse que pour la prospective- apparaît lacunaire. Cette déficience et la difficulté à obtenir des données précises, utiles et fiables a d'ailleurs déjà été relevée dans plusieurs grands rapport nationaux dont le rapport Berland sur la démographie des professions de santé²⁰ et le rapport de la commission pédagogique nationale de la première année des études de santé²¹.

La mission préconise que ces études soient inscrites prioritairement aux programmes des directions concernées des deux ministères et qu'elles fassent l'objet entre elles d'un échange régulier d'information.

¹⁸ Note DEP 03-60 de décembre 2003.

¹⁹ Le coût de l'étudiant à l'université Louis Pasteur de Strasbourg, Observatoire des coûts de l'enseignement supérieur 1996, cf. annexe 9.

²⁰ Rapport démographie des professions de santé, Pr. Yvon BERLAND, novembre 2002.

²¹ Rapport DEBOUZIE, juillet 2003

3.2 La qualité et la nature des enseignements de deuxième et troisième cycle posent de très graves problèmes

C'est au cours du troisième cycle des études médicales que se produit la diversification des parcours des étudiants en médecine. Cette diversification pose des problèmes qualitatifs actuellement non résolus. Par ailleurs, le deuxième cycle n'en est pas non plus exempt.

3.2.1 La qualité du deuxième cycle ne fait pas l'objet de contrôles

- Il revient en théorie aux instances universitaires de contrôler la mise en œuvre de la maquette du deuxième cycle par les UFR de médecine. Malheureusement, ce contrôle ne semble pas être régulièrement exercé et surtout, aucune conséquence n'en est tirée.

C'est ainsi qu'en 2002, une enquête conjointe IGAS/IGAENR²² avait montré que certaines UFR de médecine (Limoges, Brest, Besançon, Dijon, Amiens, Rouen) n'étaient pas en mesure d'offrir à leurs étudiants un enseignement pratique minimal en anatomie, conformément à l'arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du deuxième cycle.

D'autres UFR, plus grandes, rencontraient également des difficultés pour faire fonctionner leur centre de dons du corps et, par là même, pour assurer aux étudiants de deuxième cycle et aux internes en chirurgie, une formation pratique à l'anatomie (Rennes, Montpellier, Strasbourg). En Ile-de-France, seul Paris V disposait –sur le site des Saints Pères- d'un centre équipé, qui rendait service aux autres UFR.

Loin d'avoir été améliorée, la situation semble s'être dégradée depuis ce rapport, Paris V songeant à limiter à son seul usage le centre des saints Pères. Or, si les médecins généralistes et la plupart des spécialités médicales peuvent à la rigueur se passer d'une formation pratique en anatomie et se contenter d'un enseignement théorique, il en va autrement des futurs chirurgiens, des radiologues ou des radiothérapeutes...

On ne peut donc affirmer, a priori, que l'enseignement de deuxième cycle dispensé par un CHU vaut l'enseignement de deuxième cycle dispensé par un autre CHU.

- Au contraire, la différence qualitative entre universités et UFR pour l'enseignement du deuxième cycle se traduit par des taux de réussite à l'internat très divers : 75 % à Paris V-Cochin qui vient à peine de devancer l'UFR de La Salpêtrière, mais moins de 40 % dans certains petits CH&U, pour un taux moyen national de l'ordre de 58 % en 2003.

3.2.2 L'insuffisance de prospective concerne avant tout le troisième cycle

Jusqu'à une date récente, le troisième cycle des études médicales offrait aux étudiants deux types de parcours :

²² Rapport IGAENR / IGAS n° 02-20 / n° 2002-009 sur la conservation d'éléments du corps humain en milieu hospitalier. Mars 2002

- l'internat, après réussite au concours, pour former en quatre à six ans²³ les futurs spécialistes ;
- le résidanat, pour les étudiants recalés au concours ou ceux ne s'y étant pas présentés, pour former en trois ans à la médecine générale.

Le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales a fait disparaître cette distinction, en instaurant des épreuves classantes nationales pour tous et en instaurant un « internat de médecine générale » en 3 ans.

Trois étapes sont essentielles dans le cursus de spécialité :

- la fixation, par l'administration, du nombre de postes d'internes par disciplines,
- la détermination des services réputés formateurs et la façon dont s'opère le choix des internes,
- l'inscription en diplôme d'étude spécialisé (DES) ou diplôme d'étude spécialisé complémentaire (DESC) après 4 stages ou deux années.

3.2.2.1 La fixation du nombre de postes d'internes n'est pas sous-tendue par une prévision fine des besoins

Selon l'article 4 du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004, le nombre des postes d'internes de spécialité ainsi que leur répartition par discipline²⁴ et par CHU sont fixées chaque année par les deux ministres de la santé et de l'éducation nationale en tenant compte des besoins de santé et des capacités de formation.

Le décret n° 91-136 du 31 janvier 1991, en instituant les commissions régionales des études médicales (CREM), mais aussi pharmaceutique (CREP) et biologique (CREB), ainsi que les commissions nationales correspondantes (CNEM, etc) a, en principe, établi comment les différents acteurs (préfet, recteur, médecin inspecteur régional, conseils généraux, caisse régionale d'assurance maladie, CHR et commission médicale d'établissement (CME), doyens, Ordre, internes, etc) étaient consultés sur ces « besoins de santé » ainsi que sur le nombre de postes d'interne à ouvrir par discipline.

En fait, partout où elle est passée, la mission a entendu un jugement désabusé sur le fonctionnement de ces instances. Certes, les CREM se réunissent dans chaque région une fois par an, sous la présidence du DRASS, après envoi aux participants d'un certain nombre de documents préparatoires. Les avis des CREM sont ensuite adressés à l'administration centrale.

Mais c'est dans la plus grande opacité que de nouveaux chiffres, édictés globalement et modifiés dans leur répartition, reviennent de l'administration centrale, sans que les régions soient informées des critères qui ont présidé aux modifications. Un tel processus a depuis longtemps contribué à démotiver les participants aux CREM, dont l'absentéisme croît. C'est ainsi, par exemple, que dans les Pays de Loire, le compte rendu de la CREM ne varie pratiquement pas d'une année à l'autre, et l'analyse des déficits est particulièrement

²³ 5 à 6 ans pour les spécialités chirurgicales, 5 ans pour la médecine interne, quatre ans pour les autres.

²⁴ La notion de « discipline » du 3^e cycle des études médicales ne se superpose malheureusement pas à celle de « spécialité » au sens ordinal du terme, ou au sens qu'a ce terme pour le conseil national des universités (CNU).

sommaire, s'agissant des spécialités médicales ou chirurgicales qui n'ont pas été « filiarisées ».

En réalité, sous la pression de groupes professionnels invoquant une pénurie prévisible, ont été individualisées à partir de l'année 2000, sans réelle étude d'impact globale préalable, plusieurs spécialités :

- à partir des disciplines médicales : l'anesthésie réanimation, la pédiatrie et la gynécologie médicale,
- à partir des disciplines chirurgicales : la gynécologie obstétrique.

L'individualisation de ces filières, si elle a permis un redressement du nombre d'internes dans les spécialités ainsi fléchées, a conduit à aggraver la pénurie dans d'autres spécialités, restées groupées dans les filières communes de médecine ou de chirurgie.

Au bout du compte, le nombre de postes ouverts au concours, qui détermine les flux d'entrée dans chaque discipline, est fixé par l'administration de la façon suivante :

TABLEAU 9 - Nombre de postes ouverts au concours de l'internat par discipline

Année	1985	1990	1995	1996	1998	2000	2001	2002	2003
Spé. Méd.	1305	1281	1140	1110	1000	670	660	660	660
Anest/réa						200	205	220	240
Pédiatrie						148	165	177	195
(1)	1305	1281	1140	1110	1000	1018	1030	1057	1112
Méd. du travail		60	65	65	100	86	66	66	66
Santé publique	231	40	85	85	70	65	65	65	65
Spéc.chir						286	286	286	286
Gynéc/obst						140	170	200	218
Chir (y compris gynéco)	555	529	435	430	392	426	456	486	524
Biologie	221	150	115	110	105	72	50	50	50
Psychiatrie	235	280	210	200	176	176	176	176	185
Total places (2)	2547	2340	2050	2000	1843	1843	1843	1900	2002
Numerus clausus N-5 (3)	6409	4754	4000	3750	3750	3576	3576	3583	3700
(2) / (3)	40 %	49 %	51 %	53 %	52 %	52 %	52 %	53 %	58 %

(1) spécialités médicales y compris anesthésie réanimation et pédiatrie

(2) total des places offertes au concours de l'internat l'année N

(3) numerus clausus année N-5

On constate que l'anesthésie réanimation, qui compte déjà le plus fort stock de spécialistes en activité (6659 médecins salariés en activité en 2002 selon la DREES) bénéficie de forts stocks de relève (flux de 240 étudiants annuels et stock de 633 étudiants inscrits en DES, cf tableau infra). Est-on sûr qu'il faille préserver de tels bataillons d'anesthésistes alors que dans le même temps on ne s'émeut pas de la diminution de chirurgiens, au motif que certaines interventions disparaissent, au profit de traitements médicaux ou d'imagerie interventionnelle ?

Dans le même temps, les spécialités qui ont su se faire entendre à temps et bénéficier d'une filière particulière (gynécologie avec, en 2003, un flux de 218 et un stock de 411 étudiants inscrits ; pédiatrie avec un flux de 195 et un stock de 669) ou celles que les hôpitaux publics voient fuir dans le secteur privé (radiodiagnostic 403 ; psychiatrie 788) présentent des stocks « confortables ». A l'inverse, certaines spécialités se trouvent menacées de disparition, sans que ce problème ne soit suffisamment perçu (et encore moins corrigé) ni au niveau national, ni au niveau régional (cf.infra).

3.2.2.2 *Le nombre de « services formateurs » est excessif*

Au niveau individuel, chaque interne détermine sa discipline et son CHU, en fonction de son rang de classement (article 10 du décret du 16 janvier 2004 sus-cité). Ensuite, tous les six mois, l'interne choisit dans son CHU le service réputé formateur dans lequel il va accomplir son stage. C'est la DRASS qui s'assure, en pratique, de son affectation.

Depuis le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 (article 68), la liste des services agréés est arrêtée par le préfet de région, après avis d'une commission « d'agrément » qui se prononce sur la qualité des services formateurs et sur le nombre et la répartition des postes d'internes dans les services. La commission, formée du doyen, de la DRASS et des représentants des CME et des internes, recueille l'avis des coordonnateurs de spécialité.

Selon les constatations de la mission, les conditions d'agrément des services formateurs varient d'une région à l'autre, mais sont généralement laxistes. Alors que l'Aquitaine est relativement sélective (elle limite le nombre de postes offerts aux effectifs d'internes), la grande majorité des régions (Pays de Loire par exemple), faute de connaître les besoins réels, se préoccupe surtout de ne pas mécontenter les internes (ce qui serait le cas si elles fermaient des postes dans des spécialités déjà pléthoriques, mais demandées) et de ne pas vexer les chefs de service (en retirant des agréments à des services depuis longtemps désertés par les internes).

En outre, le rôle du coordonnateur de la spécialité est souvent déterminant. Il est généralement choisi par ses pairs, avec lequel il doit entretenir de bonnes relations, mais les internes eux-mêmes²⁵ se plaignent de son corporatisme, qui l'empêche de jouer un rôle suffisamment sélectif.

D'une façon générale, et sauf exception, le nombre de postes d'internes ouvert au choix est supérieur au nombre d'internes réels (entre 10 et 20 %, voire beaucoup plus en Rhône-Alpes et Nord-Pas-de-Calais), ce qui permet à ceux-ci de choisir sans contrainte leurs stages dans la spécialité médicale ou chirurgicale de leur choix, à l'intérieur de la discipline d'internat préalablement choisie.

Les conditions d'agrément des services formateurs ne sont pas déterminés de façon homogène. Comme l'expliquait le syndicat des internes des hôpitaux de Paris en 2001²⁶ (sans que les choses aient changé depuis) « *il n'y a aucun critère rigoureux définissant un agrément, ce dernier se donne au bon vouloir des membres et des invités que sont les coordonnateurs* ». Les fiches descriptives des services sont insuffisantes, non validées, quand elles ne sont pas absentes, les questionnaires ne sont pas remplis, les agréments sont parfois donnés sans dossier objectif. Le retrait d'agrément d'un service est une opération exceptionnelle. En psychiatrie, à Nantes, tous les services sont agréés, alors que bien peu sont choisis.

L'enseignement au lit du malade est une des modalités d'enseignement propre à la médecine, que l'on retrouve dans à peu près tous les pays, depuis que les facultés de médecine existent. Toutefois, ce mode de formation pratique ne doit pas être compris par les enseignants comme un apprentissage sur le tas, sans effort de conceptualisation, et sans encadrement suffisant.

²⁵ Rapport Mission nationale de contrôle. Rapport DARNIS. 2001.

²⁶ Même référence.

Or trop de services manquent de staffs hebdomadaires, de rencontres inter services, de confrontations scientifiques, de séances de bibliographie, de présentations de dossiers, de discussions nosologiques... « L'enseignement au lit du malade » n'est alors qu'un cache misère permettant à certains services d'obtenir, sans réelle contre partie pédagogique, un personnel intérimaire en cours de qualification.

En outre, l'examen par la mission de la façon dont chaque interne a effectué ses stages, montre des carences importantes. Dans les petits CHU, les internes suivent une formation très « endogame ». Ainsi à Reims par exemple, sur 8 stages, le taux d'internes qui passent au moins 4 stages dans le même service, et qui parfois ne passent que dans 2 ou 3 services au cours de leur internat est important, limitant d'autant l'intérêt de cette formation. A un moindre degré, ce reproche se retrouve un peu partout, sauf dans les très grandes villes.

3.2.2.3 L'inscription en DES ou DESC n'est pas suffisamment régulée

L'interne s'inscrit en DES (diplôme d'études spécialisées) au début de la troisième année du troisième cycle, dans l'une des spécialités qu'il a approchées lors de ses premiers stages. Le DES assure une formation à la fois théorique (effectuée par l'UFR de médecine) et pratique (lors des stages hospitaliers) en 4 à 5 ans (cf. tableau ci-dessous). Il peut être complété par un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC. cf. tableau suivant).

- Certes, la connaissance du nombre d'étudiants inscrits en DES puis en DESC (dont la durée est désormais de 2 ou 3 ans²⁷) permet d'affiner la connaissance des stocks de spécialistes en formation. Il y avait ainsi 7407 étudiants inscrits en DES ou DESC au début de l'année 2004.

²⁷ Deux ans pour les groupes I, trois pour les groupes II.

TABLEAU 10 - Nature et durée des DES, effectifs d'étudiants en troisième cycle de spécialité en 2004

Discipline	DES	Effectifs	Durée
Spécialités médicales	Anatomie pathologique	67	4 ans
	Anesthésie-réanimation	633	4 ans
	Dermatologie	148	4 ans
	Endocrinologie	116	4 ans
	gastro-entérologie, hépatologie	65	4 ans
	génétique médicale	-	4 ans
	hématologie	38	4 ans
	médecine interne	153	5 ans
	médecine nucléaire	40	4 ans
	néphrologie	84	4 ans
	oncologie		
	- Option médicale	43	4 ans
	- Option radiothérapie	34	4 ans
	Neurologie	137	4 ans
	Cardiologie	159	4 ans
	Pédiatrie	669	4 ans
	Pneumologie	119	4 ans
	Radiodiagnostic	403	4 ans
	rééducation et réadaptation fonctionnelles	8	4 ans
	rhumatologie	92	4 ans
Médecine du travail	Médecine du travail	450	4 ans
Santé publique	Santé publique	158	4 ans
Spécialités chirurgicales	Chirurgie générale	682	5ans
	Gynécologie-obstétrique	411	5ans
	Neurochirurgie	37	5ans
	Ophthalmologie	184	4/5 ans
	ORL	54	4/5 ans
	Stomatologie	2	4 ans
Psychiatrie	Psychiatrie	788	4 ans
Biologie médicale	Biologie médicale	851	4 ans
Total		6625	

Source : Direction des personnels enseignants. MJENR Fichier formation de santé 2004.

Il apparaît que, d'ores et déjà, certaines spécialités n'ont pas la relève suffisante pour faire face aux départs prévus par la direction des personnels enseignants dans les prochaines années (stock d'étudiants en formation inférieur à 50). Il s'agit de :

- l'hématologie (38 étudiants en formation seulement),
- l'oncologie (43 pour l'oncologie médicale et 34 pour la radiothérapie),
- la rééducation et réadaptation fonctionnelles (8),
- la neurochirurgie (37).

Avec seulement 2 étudiants en formation sur la France entière, la stomatologie est d'ores et déjà une spécialité en voie d'extinction.

Certaines spécialités complémentaires sont dans le même cas, comme le montre le tableau des DESC.

TABLEAU 11 - Troisième cycle de spécialités : nature des DESC, durée, et effectifs d'étudiants

	DESC	Effectifs	Durée
Groupe I	Andrologie	-	4 semestres
	Cancérologie	113	
	Chirurgie face et cou	65	
	Gériatrie	19	
	Hémobiologie	1	
	Immunologie et immunopathologie	2	
	Médecine légale	20	
	Reproduction et gynéco.med	7	
	Médecine vasculaire	9	
	Nutrition	30	
	Orthopédie maxillo-faciale	4	
	Pathologies infectieuses	32	
	Pharmacologie clinique	11	
	Pédopsychiatrie	70	
Réanimation médicale	96		
Groupe II	Chirurgie infantile	13	6 semestres
	Chirurgie maxillo-faciale	17	
	Chirurgie orthopédique	107	
	Chirurgie plastique	21	
	Chirurgie thoracique	9	
	Urologie	49	
	Chirurgie vasculaire	20	
	Chirurgie viscérale et digestive	67	
Total		479 + 303 = 782	

Les DESC de groupe I ne confèrent pas d'autre qualification que celle du DES préparé

Les DESC du groupe II concernent les internes préparant le DES de chirurgie générale et désireux d'obtenir une qualification complémentaire dans la spécialité du DESC

La gériatrie, l'immunologie, la chirurgie infantile sont menacées de disparition. Remarquons au passage la contradiction entre les priorités politiques déclarées en faveur des personnes âgées (compte tenu du vieillissement de la population), en faveur des personnes handicapées ou contre le cancer, et le fait que la relève n'est justement pas assurée dans des spécialités comme la gériatrie, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle, l'oncologie et l'hématologie, ou la neurochirurgie.

En effet à l'heure actuelle, le mode global de détermination des effectifs dans les disciplines médicales et chirurgicales, tel que le pratique l'administration, est dénué de signification. La diminution des neurochirurgiens n'est en rien compensée par l'augmentation des ophtalmologistes. Même si chacune des spécialités d'organes forme aux cancers de son domaine, la pénurie en oncologie ne trouve pas sa solution dans la multiplication des dermatologues ou des pneumologues. La fongibilité des spécialités est, dans certains cas, partielle et limitée²⁸, dans d'autres cas, inexistante.

Seuls certains CHU forment à certaines spécialités. En hématologie par exemple, l'Ile-de-France forment la moitié des étudiants en troisième cycle et de nombreux CHU (plus de la moitié) n'en forment aucun. A Nantes, où l'immunologie est une des spécialités phare, il n'y a

²⁸ Exemple : un certain degré de substitution est possible entre pneumologues et cardiologues, entre radiologues interventionnels et cardiologues. De même, les opticiens pourraient prendre une partie des tâches actuellement exercées par les seuls ophtalmologistes. Mais, s'il existe une possibilité de substitution entre neurochirurgien et orthopédiste pour la chirurgie rachidienne, seuls les neurochirurgiens crâniens sont aptes à intervenir pour la traumatologie, les tumeurs et les accidents vasculaires crâniens.

aucune relève. **Seuls les grands CH&U forment réellement des étudiants dans l'éventail complet des spécialités du 3^o cycle**, et notamment dans les disciplines déficitaires.

Or, il semble que ni les DRASS ni la DGS ne disposent de ces données qui relèvent de la DEP au ministère de l'éducation nationale. Les administrations ont une très mauvaise connaissance des stocks et des flux de sortie, les seuls qui soient au bout du compte utiles.

- En effet, le troisième cycle se déroule de façon moins linéaire que les deux autres cycles : un étudiant rentré en troisième cycle peut y rester longtemps, plus longtemps en tout cas que ne le prévoit le schéma théorique de 3 à 5 ans annoncé par la maquette. A ce stade, l'interne de spécialité étant payé, l'allongement de ses études est, pour lui, relativement indolore. Or c'est souvent l'époque où il s'installe définitivement, où il passe sa thèse, où il se marie, où –si l'interne est une femme- elle a son premier enfant et son premier congé de maternité et où - s'il s'agissait d'un homme- il faisait autrefois son service militaire.

Comme durant de nombreuses années, le choix des semestres d'internat se faisait à l'ancienneté, les étudiants de troisième cycle avaient la tentation de se mettre en disponibilité (année sabbatique, recherche) pour améliorer leurs possibilités de choix. En théorie, cette possibilité leur a désormais été fermée, le choix se faisant (article 17 du décret susvisé relatif à l'organisation du troisième cycle) selon l'ancienneté des fonctions validées. Mais il n'est pas certain que la pratique ait suivi. La durée de cette phase est donc plus longue et souvent hachée.

Le « stock » des étudiants de troisième cycle (censé durer de 3 à 5 ans, donc moins longtemps que les premier et deuxième cycle réunis) représente à lui seul presque la moitié (46 %) des étudiants inscrits en médecine, à savoir 52 345 en 2003. Il faut cependant noter que les internes de spécialité et les résidents en cours de formation validante ne comptent que pour 16 143 dans ce total²⁹.

En effet, si on a une connaissance assez bonne des étudiants de troisième cycle à l'entrée en DES, on ne dispose pas de cohortes longitudinales de suivi. Il faut vérifier au niveau local ce que deviennent les internes et suivre les dossiers individuellement pour avoir une idée des parcours.

Les internes jouissent d'un droit au remords, qui leur permet de choisir dans un second temps, mais définitivement, une autre discipline que celle initialement choisie, à condition que leur rang de classement initial la leur ait ouverte. Cette possibilité rend encore plus difficile le suivi des disciplines, même si elle reste marginale.

En outre, de nombreux étudiants étrangers³⁰ viennent, après avoir suivi les deux premiers cycles de médecine et passé leur thèse dans leur pays, acquérir en France une formation spécialisée complémentaire. On compte 3313 étudiants de ce type inscrits en diplôme interuniversitaire de spécialité (DIS), en attestation de formation supplémentaire (AFS) ou attestation de formation supplémentaire approfondie (AFSA).

²⁹ 6711 résidents inscrits en médecine générale sur 3 ans, le reste étant des internes suivant un cursus plus long.

³⁰ n'appartenant pas à l'UE.

3.2.2.4 *Les DU se multiplient, sans visibilité*

On comptabilise 21 358 inscriptions en DU de troisième cycle (diplôme d'université), que ces inscriptions soient le fait d'internes, de résidents, d'étudiants étrangers, ou de professionnels déjà installés.

En fait, on manque d'informations sur les personnes qui suivent un DU. Dans quelle proportion s'agit-il de professionnels en formation continue ou d'étudiants en formation, essayant par ce biais d'acquérir une sur-spécialité pour les internes de spécialité ou de donner une inflexion particulière à leur exercice (homéopathie, acupuncture, etc) pour les résidents de médecine générale, il n'est pas possible actuellement de le savoir. Des études détaillées seraient nécessaires.

Ce que l'on sait, c'est que les internes se plaignent de la multiplicité des DU³¹, qu'ils sont parfois obligés de cumuler, alors que le DES devrait leur apporter la formation nécessaire, et que les frais d'inscription aux DU sont importants (de 500 à 1000 euros). C'est ainsi par exemple que des internes en chirurgie se trouvent souvent obligés de suivre des DU d'anatomie, faute d'un enseignement théorique et pratique suffisant dans le cours de leur formation initiale.

Destinés avant tout à la formation continue, les DU doivent en effet être autofinancés. Ils peuvent apporter des recettes non négligeables à une UFR. Mais l'intérêt pratique des DU n'est pas toujours expertisé. La multiplication des DU peut apparaître comme un moyen de faire payer en sus un enseignement déjà inscrit dans une maquette de DES.

3.2.2.5 *Le passage entre formation et installation n'est pas modélisé*

Former un nombre minimum de spécialistes est une condition nécessaire pour pouvoir disposer ensuite d'un nombre minimum de praticiens hospitaliers de cette même spécialité, mais ne constitue pas pour autant une condition suffisante. D'autres phénomènes vont intervenir ensuite :

- la répartition entre hospitaliers et libéraux,
 - la répartition géographique, entre régions et au sein d'une même région,
 - la féminisation et les modes d'activité plus temporaires...
- S'agissant de la répartition entre exercice libéral et hospitalier : la part des spécialistes hospitaliers est passée de 51 % en 1980 à moins de 37 % en 2000³². Mais cette répartition varie considérablement d'une spécialité à l'autre. Si les gynécologues, les cardiologues, les psychiatres, les ophtalmologistes, les dermatologues, et dans une moindre mesure les pédiatres et les ORL sont nombreux en ville, les anatomo-pathologistes, les neurologues, les internistes, les pneumologues y sont plus rares et certains (neurochirurgiens, néphrologues) y sont presque absents.

³¹ Rapport DARNIS déjà cité.

³² Annuaire statistique DREES 2001.

Différents phénomènes interviennent pour expliquer ces différences :

- les questions de revenus : d'une façon générale en secteur libéral, plus les praticiens effectuent des actes techniques, plus leurs revenus sont élevés³³. De ce fait, les radiologues ou les radiothérapeutes par exemple obtiennent en ville un niveau de revenu moyen (180 608 euros de revenu annuel courant par tête en 2001³⁴) que l'hôpital ne peut leur assurer, et cette question de tarification contribue à une fuite permanente de ces spécialistes vers le secteur ambulatoire. Il en est de même de spécialistes comme les anesthésistes (revenu annuel moyen 122 007 euros) ou des cardiologues³⁵.
- Une autre explication tient aux conditions d'exercice. Alors que notre pays a une densité globale élevée en psychiatres³⁶ les hôpitaux peinent à trouver des spécialistes, qui préfèrent les modalités moins contraignantes et les pathologies moins sévères (peu de psychoses, beaucoup de névroses) de la psychiatrie de ville, même si les revenus apparaissent plutôt moins élevés qu'à l'hôpital (49 740 euros de revenu annuel moyen).
- S'agissant du pourcentage des femmes parmi les médecins, celui-ci est passé d'à peu près 25 % en 1985 à environ 38 % en 2003, et le phénomène doit encore s'amplifier.
- S'agissant enfin de la répartition géographique, on sait que les densités médicales les plus élevées se situent en Ile-de-France et dans les régions du Sud (PACA, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, Midi-Pyrénées) alors qu'au contraire les régions Bretagne, Normandie, Nord, Picardie, Centre et DOM pâtissent d'un manque global d'attraction. Toutefois, partout, les grandes villes et surtout les villes universitaires, bénéficient de densités médicales plus élevées.

Les problèmes d'installation appellent des réformes urgentes, sans lesquelles les efforts d'amélioration de la formation par les CH&U seront vains. Ni le CHR ni l'université n'ont de prise directe sur eux, ni sur les conditions d'exercice. Il est pourtant indispensable qu'ils soient informés du devenir de ceux qu'ils forment. Aussi serait-il nécessaire que des modèles mathématiques d'installation soient établis et que des contacts soient pris entre régions bénéficiaires et régions donatrices pour envisager des systèmes de correction et préparer les décisions politiques.

En attendant, on voit qu'il ne sert à rien, pour augmenter la densité médicale d'une région, d'augmenter le nombre de postes d'internes du CHU, sans se préoccuper de leur lieu d'installation, car ceux-ci risquent de partir, une fois formés, dans une autre région.

* *
*

Au total, le système de formation hospitalo-universitaire est démunie de toute vision prospective qualitative. L'administration **connaît mal la qualification future des étudiants**

³³ Données DREESS 1999, 2001.

³⁴ Etudes et résultats n° 284 DREES janvier 2004.

³⁵ même référence.

³⁶ deuxième densité mondiale après la Suisse.

qu'elle forme, comme elle connaît mal leur destination. Paradoxalement, alors que les étudiants sont formés dans les CHU, ce sont les besoins en spécialité à exercice dominant hospitalier (neurochirurgie, rééducation fonctionnelle, gériatrie, chirurgie infantile, hématologie, etc) qui sont les plus mal couverts.

3.3 Les évolutions quantitatives et qualitatives de l'enseignement sont pourtant prévisibles

3.3.1 La remontée du numerus clausus va fortement augmenter la charge d'enseignement

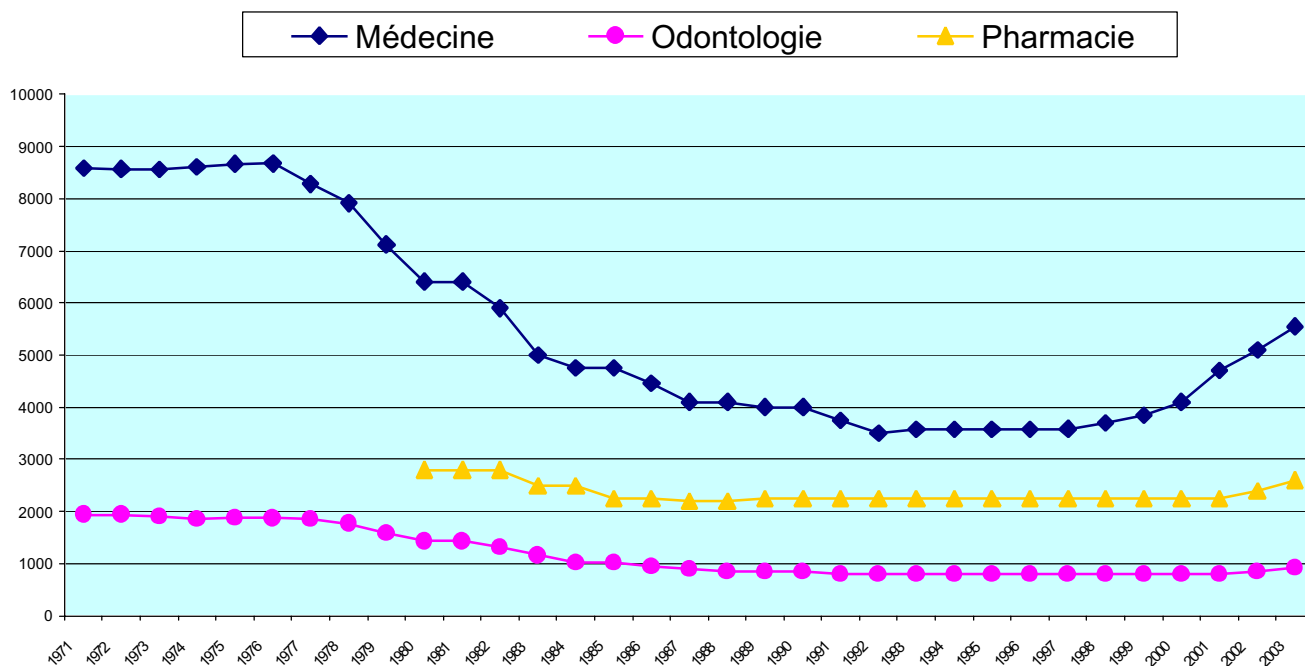
3.3.1.1 Une première prospective nationale (2002-2012)

Même si les instruments statistiques sont faibles et ne permettent pas d'appuyer une anticipation fine des évolutions et des tendances du système, globalement, la place des formations aux professions de santé à l'université est appelée à croître fortement pour plusieurs raisons.

La première tient à l'accroissement prévu et déjà engagé du numerus clausus en médecine. De 3 700 en 1998, il est passé à 5 550 en 2003 et pourrait croître jusqu'à atteindre un maximum de 8000 vers 2008 et se stabiliser ensuite à un niveau compris entre 6.000 et 8.000, selon différents scénarios étudiés par la DGS. Cette évolution à la hausse a été estimée par la mission en retenant les hypothèses suivantes.

Il est permis de penser que les étudiants en odontologie et pharmacie suivront les évolutions de la médecine, avec quelques décalages liés au fait que la stabilisation du numerus clausus à l'entrée de la deuxième année d'études était acquise depuis plus longtemps en pharmacie (2250 depuis 1985-86) et un an avant la médecine en odontologie (800 depuis 1991-92), et que sa remontée a démarré plus tardivement dans ces deux disciplines, à compter de 2002-2003 (au lieu de 1998-1999 en médecine).

Le graphique suivant donne l'évolution du numerus clausus en médecine, odontologie, pharmacie.



Source DGS

Pour l'ensemble des cycles et des diplômes de médecine, odontologie, pharmacie, 146.300 étudiants sont recensés en 2002-2003 (inscriptions principales sans doubles comptes, source DEP). Toutefois, ce total composite mérite une analyse par discipline, cycle et type de diplôme, ne serait-ce que parce que les diplômes universitaires (DU), en principe auto-financés par les ressources de formation continue, sont extrêmement nombreux (26.500 soit 18 % de l'ensemble) et fortement concentrés sur le troisième cycle de médecine (21.358 DU de 3^{ème} cycle en médecine, soit 89 % des DU de 3^{ème} cycle, qui représentent eux-mêmes 90 % des DU).

La DEP et la DREES indiquent qu'en dix ans, entre janvier 1992 et janvier 2002, les effectifs globaux des universités ont augmenté de 13,7 % pour atteindre 1,4 millions d'étudiants en 2002. « En revanche, dans le même temps, le nombre des étudiants engagés dans le cursus de médecine et des étudiants n'ayant pas encore validé leur thèse a diminué de 1,7 % »³⁷.

S'agissant des effectifs principaux, auxquels s'attache la charge d'enseignement la plus importante, il semble naturel et possible de rapprocher ces effectifs de l'évolution du *numerus clausus*.

La première année d'études (PCEM1 et PCEP1) ne suit pas l'évolution du *numerus clausus*, mais reflète davantage l'appétence des bacheliers scientifiques pour s'engager dans ces filières : son effectif a moins varié sur la période selon les données de la DEP.

Sur la base des évolutions du *numerus clausus* dans la décennie passée, on peut estimer que l'effectif total des étudiants aurait dû baisser de 10 % environ, entre janvier 1992 et janvier 2002 (le PCEM1 a en effet peu fluctué sur la période). La baisse attendue entre ces deux années est de 9 % sur le second cycle et de 25 % sur le troisième cycle. L'écart avec la

³⁷ Les étudiants inscrits en médecine en 2002, note d'information DEP août 2003, études et résultats DREES juin 2003.

baisse de 1,7 % constatée par la DEP et la DREES pour l'ensemble des cycles et diplômes de médecine peut donc être attribuée, après analyse des données SISE, à l'allongement du troisième cycle et au développement des autres diplômes dans les trois cycles (DU, DIS, AFS, AFSA, etc).

Compte tenu de ces éléments, la mission a tenté une prospective à 10 ans pour cette filière de l'enseignement supérieur, dont la méthodologie figure en annexe 10.

Il convient de retenir que le « cœur » des étudiants en santé, dans les trois cycles de médecine, odontologie, pharmacie, hors diplômes complémentaires (DU, étrangers, maîtrises, etc), soit deux tiers des effectifs ou environ 100.000 étudiants en 2002-2003, risque de doubler d'ici 2012 : c'est une certitude pour le deuxième cycle ; la probabilité est forte pour le troisième cycle, dans le cadre de la réforme en cours ; avec la réforme de la première année commune, c'est une quasi-certitude pour le premier cycle, même si une mutualisation partielle de moyens avec les instituts paramédicaux est envisageable³⁸.

Faute d'indication sur la charge d'enseignement liée aux autres diplômes, qui représentent un tiers des étudiants, il n'est pas possible de savoir si cette progression peut être en partie compensée par une compression des autres diplômes, ou si, comme il est plus probable, la logique de différenciation et de formation continue (DU, supposés autofinancés) poursuivra son développement.

Les mêmes taux de progression étant probables pour l'ensemble des diplômes de médecine, odontologie, pharmacie, **ce sont plus de 100.000 étudiants supplémentaires qui seraient inscrits dans ces filières d'ici 2012** : au minimum 60.000 étudiants supplémentaires, hors effet de la réforme de la première année des études de santé, ou des formations paramédicales, et sans aucune augmentation des diplômes complémentaires.

Ce nombre excède très largement la projection « spontanée » de la DEP (20.000 étudiants supplémentaires dans la filière santé). Une très sérieuse réflexion prospective sur la capacité à recruter ces étudiants s'impose donc, même si une partie de l'augmentation du PCEM1 est supposée provenir des bacheliers non scientifiques à orienter ensuite vers les formations paramédicales³⁹.

³⁸ Rapport de la commission pédagogique nationale de la première année de santé, Pr. Debouzie, juillet 2003, déjà cité.

³⁹ Idem.

La DEP dans sa prospective globale de l'enseignement supérieur⁴⁰ prolonge en effet sur la période 2002-2012 les « taux de poursuite » d'une année sur l'autre, soit l'appétence des bacheliers scientifiques à se diriger en PCEM1, et les taux de passage apparents dans les années successives de médecine, qui découlent en fait davantage de l'évolution du numerus clausus. Mais elle ne fait aucune hypothèse sur la réforme en cours du 3ème cycle (qui aura plutôt des effets redistributifs entre régions et entre filières de DES), et a fortiori sur la réforme probable du PCEM1 dans le cadre de l'universitarisation des formations paramédicales. La prospective 2012 de la DEP table sur une diminution des effectifs étudiants entre 2012 et 2002, d'environ 2,7 % pour des raisons essentiellement démographiques, et une augmentation potentielle de 20.000 étudiants dans la filière santé d'ici 2012, par rapport aux 146.300 étudiants de 2002. Cette indication, précieuse et nécessaire, renseigne sur la capacité « spontanée » et hors réforme de l'enseignement secondaire et supérieur à attirer des bacheliers scientifiques vers la médecine, l'odontologie et la pharmacie et à les former jusqu'au doctorat.

Elle doit donc être interprétée comme une alerte sur l'insuffisante capacité « spontanée » de l'enseignement à suivre les réformes médicales en cours ou projetées, et les décisions déjà prises ou à venir sur la démographie médicale et le numerus clausus.

3.3.1.2 Cette prospective doit être affinée par région et UFR

En l'état, aucun indicateur fiable de l'activité d'enseignement ne semble facilement disponible :

- les effectifs globaux ne sont utilisés en médecine et odontologie que pour l'attribution de crédits de fonctionnement et de personnels IATOS à l'université au titre des composantes santé (système analytique de répartition des moyens dit SAN REMO, cf. annexe 11) : le président d'université dans le cadre de son budget les répartit comme il le souhaite, et garde la maîtrise du personnel IATOS, qui n'est d'ailleurs pas affecté aux UFR ;
- seule la pharmacie, avant intégration dans le CH&U conjoint avec la médecine, tel que prévu par la loi du 4/3/2002, voit ses effectifs d'enseignants-chercheurs financés sur la base des effectifs étudiants ;
- pour la médecine et l'odontologie les critères SAN REMO existent mais ne sont pas associés à des ratios d'heures d'enseignement par étudiant.

Une difficulté complémentaire doit être soulevée pour une analyse de la charge d'enseignement des composantes santé des universités : comme le soulignent la DEP et la DREES, la répartition annuelle du numerus clausus (à la baisse jusqu'en 1992, stabilisée jusque 1996, puis en montée en charge accélérée depuis 2000) s'effectue en privilégiant les régions à faible densité médicale et les petites UFR, afin de leur conserver ou faire atteindre une taille critique. La modulation réalisée en 6 années (1997-2003) est significative puisqu'elle atteint ou dépasse + 20 % au-dessus de l'évolution moyenne (+ 54 %) pour les universités de Poitiers, Caen, Amiens, Reims, dont le numerus clausus atteint désormais 127 à 133. En sens inverse, la modulation atteint ou dépasse - 10 % par rapport à la moyenne pour Paris V, Paris VI (hors mouvement de recomposition des UFR franciliennes), Lyon, Marseille, Créteil-Paris XII et Strasbourg, dont les numerus clausus restent très supérieurs

⁴⁰ DEP Projection du système éducatif à dix ans Education et formations n° 64 juillet-décembre 2002.

(entre 187 et 328, sauf pour Créteil 123). La charge d'enseignement des UFR de médecine doit donc impérativement être évaluée et suivie, non par rapport au numerus clausus le plus récent, mais par rapport aux critères SAN REMO.

Ne disposant pas des données SISE par université sur les dix dernières années, ni de ces indicateurs SAN REMO par université sur la période, la mission a tenté une approche basée pour la médecine sur le numerus clausus, en tenant compte de la durée des études médicales. Elle privilégie ainsi la filière principale, au détriment des formations complémentaires qui foisonnent en troisième cycle (en particulier DU et diplômes pour étrangers). L'écart est actuellement très important puisque pour une place offerte en deuxième année de médecine, il y a, dans l'ensemble du cursus, 33 étudiants en moyenne (donnée SISE 2002-03), mais seulement 20 à Lille, 27 à Marseille, 35 à Lyon, 38 à Bordeaux et 40 à Paris et Montpellier.

Il est difficile de savoir si cet écart du simple au double reflète la persistance de situations historiques, ou s'il résulte d'une stratégie délibérée de formation, cohérente avec la performance sur les deux autres missions. Les enseignants-chercheurs des premiers CH&U cités seraient ainsi contraints d'assurer le « cœur » des formations médicales ; ceux des derniers CH&U cités pourraient en revanche offrir plus facilement des formations complémentaires, et faire de la recherche.

En résumé, affiner la recherche d'indicateurs de besoins en enseignement suppose donc des développements qui n'étaient pas accessibles à la mission, mais qui le sont aux administrations centrales sur la base des données SISE et SAN REMO :

- pondérer différemment les étudiants de chaque cycle, et différencier le cas échéant les DU ,
- tenir compte des effets chronologiques, liés aux évolutions différenciées du numerus clausus de chaque université,
- ou bien éventuellement moduler l'approche simplifiée sur la base du numerus clausus pour tenir compte d'une offre de formation extrêmement diversifiée, dans une proportion à définir, inférieure aux écarts constatés.

3.3.2 La nature même de l'enseignement évolue, mais les conséquences n'en sont pas toutes tirées

Outre les fortes augmentations des effectifs mentionnées ci-dessus, plusieurs facteurs devraient modifier en profondeur les modalités même de l'enseignement.

3.3.2.1 La réforme de la première année d'études commune aux professions de santé

Le premier de ces facteurs est naturellement l'éventuelle mise en place de la réforme de la première année préconisée par le rapport Debouzie, déjà cité.

A la forte montée en charge prévisible des effectifs de médecine devrait s'ajouter la très forte croissance qu'induirait une réforme de la première année du premier cycle visant à la rendre commune à toutes les professions de santé. Elle se traduirait, si elle était retenue, conformément aux propositions du rapport Debouzie, par l'inclusion de 14 professions de santé (y compris les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes) qui se verraient de ce

fait, universitarisées. Bien que les données statistiques soient très lacunaires quant à l'effet réel de cette réforme, le rapport Debouzie estime qu'elle aurait pour effet, en première année d'accroître le nombre des étudiants à accueillir d'un facteur 2 ou 3 : « ...une première année commune incluant toutes les professions de santé recrutant par concours, a de fortes chances de doubler ou de tripler les effectifs actuels d'étudiants accueillis dans les universités en PCEM1 et en PCEP1 » (on voit que la marge d'incertitude – doublement ou triplement - est considérable).

Sur la base d'un chiffre 2003 à 25 864 étudiants en PCEM 1 on passerait ainsi de ce seul fait à 51 728 étudiants en cas de doublement, voire à 77 592 étudiants en cas de triplement pour cette première année.

Enfin, sans qu'elles soient chiffrées, le rapport Debouzie rappelle que le rapport Berland sur la démographie des professions de santé : « préconise une augmentation dans les dix ans, dans au moins les six professions suivantes : médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, manipulateur en électroradiologie, orthoptiste et orthophoniste » et ajoute : « A très court terme, il est rappelé que les effectifs de sages-femmes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes doivent être accrus. En outre, il est prévisible, compte tenu du vieillissement de la population française, que des besoins nouveaux de professionnels vont émerger en ergothérapie, audioprothèse et psychomotricité. Plusieurs indicateurs semblent donc converger vers le besoin d'augmenter le nombre de places offertes globalement dans les institutions formant des professionnels de santé ».

La montée en charge induite par l'universitarisation des professions de santé exige donc une évaluation des moyens nécessaires. Si le recours aux techniques de l'information et de la communication appliquées à l'enseignement (TICE) et à l'enseignement à distance peut pallier, partiellement, les conséquences de certains problèmes matériels, il est clair qu'il ne suffira pas. Un rapprochement entre les universités, les lycées et les centres de formation s'imposera pour mutualiser les moyens matériels et humains.

Les sections de techniciens supérieurs (STS)

Le rapprochement entre universités, lycées et centres de formation est de nature à poser des problèmes de statuts des personnels pour ceux d'entre eux qui ressortissent actuellement du ministère de la santé ainsi que pour les enseignants des sections STS de l'éducation nationale. Si les actuelles sections STS préparant à des professions incluses dans la réforme proposée devaient, pour des raisons matérielles, rester au sein des lycées tout en acquérant un statut universitaire, se poserait également le problème de la répartition des compétences, notamment budgétaires, mais aussi administratives et juridiques entre proviseur et président d'université, sans oublier le rôle propre aux doyens et l'affectation directe des emplois dont bénéficient, à l'heure actuelle les UFR de médecine en vertu de l'article 32 de la loi de 1984.

Dans le cas des STS, en outre, le taux d'encadrement des étudiants des sections de techniciens d'analyse biomédicale, par exemple, qui sont amenés, en TP, à manipuler des produits potentiellement contaminés (sang, urines, etc) est d'un enseignant pour 15 élèves sur 2/3 du temps de cours. Compte tenu des risques potentiels et de leurs éventuelles conséquences juridiques, il paraît indispensable de maintenir ce taux, ce qui est plus facile à réaliser en lycée que dans le cadre d'une université. Il est probable que les universités et les IUT auront du mal à mettre en place pareil encadrement. Enfin, le coût de fonctionnement

annuel par élève de STS, hors charges de personnel et hors investissement d'équipement (environ 760 000 € par section) est de 381 € par élève et par an, soit beaucoup plus que les charges moyennes représentées par un étudiant en université.

En outre, l'organisation prévue modifie en profondeur la maquette même des études de cette première année. En effet, la commission a retenu le principe de concours organisés par université, séparés par professions de santé. Après un premier semestre consacré à une présentation de l'ensemble des professions aux étudiants, et destiné à construire une culture commune et à leur permettre de préparer leurs choix, il est prévu deux options de formation pour le second semestre, l'option A centrée sur les disciplines scientifiques et l'option B centrée sur les sciences humaines, les deux options ouvrant la possibilité de se présenter aux différents concours propres à chaque profession.

L'un des objectifs principaux de la réforme serait de mettre fin à ce que l'on a qualifié de « gâchis humain » de la première année, situation qui se traduisait, pour ceux qui avaient définitivement échoué, par une obligation de repartir de zéro. Pour permettre aux étudiants de se présenter à un concours d'une autre profession de santé, est ouverte la possibilité de présenter plusieurs concours dès la première année. Ce dispositif est complété par la proposition de découper l'année en modules déclinés en crédits ECTS, reconnus par tous les établissements d'enseignement supérieur, la valeur de chaque module pouvant varier selon le concours.

Enfin la commission complète ce dispositif par la proposition d'autoriser le redoublement pour tous les étudiants et de réserver une part significative du numerus clausus ou du quota de chaque profession par accès direct sur dossier des professionnels de santé pour une validation des acquis de l'expérience et des titulaires d'une licence ou d'un master, cette part ne devant pas être inférieure à 10 %

Si cette dernière disposition était mise en œuvre, elle signifierait que l'on peut entrer en médecine, odontologie et pharmacie à partir de l'option B sciences humaines. Cette disposition risque d'avoir un effet redoutable sur la part des élèves issus des bacs technologiques qui sont majoritaires dans les sections STS. Elle ouvrira en effet l'entrée dans leurs professions aux bacs S déjà totalement prédominants dans les disciplines soumises à numerus clausus (médecine, odontologie et pharmacie). L'ouverture de tous les concours sans distinction à tous les postulants risque donc d'accroître la part des bacs S au détriment des autres bacs. En outre, la possibilité d'accéder aux études de médecine, d'odontologie et de pharmacie à partir de l'option B, sciences humaines, incitera ceux des bacs S qui ne s'estimeront pas suffisamment armés pour y parvenir par l'option A scientifique, à passer par l'option B. Il y a donc là un fort risque d'éviction des bacs technologiques de professions pour lesquelles, en l'état actuel, ils sont relativement protégés par le double effet de l'intervention régulatrice de recteurs qui imposent le recrutement préférentiel des bacs technologiques pour ces sections et de l'inspection générale de l'éducation qui y veille. Une réflexion supplémentaire sur ce problème devra donc être conduite avant toute mise en œuvre.

Une autre conséquence de l'extension du PCEM1 et PCEP1 à l'ensemble des professions de santé est d'instituer, de facto, un concours à l'entrée pour certaines formations qui n'en comportent pas à l'heure actuelle comme par exemple les formations d'orthophoniste et d'orthoptiste. Sur ces professions, également, la concurrence des bacs S va jouer au détriment d'autres bacs.

Enfin, en elles mêmes, de telles propositions ont pour effet de faire entrer la première année dans le cadre du LMD et de commencer à intégrer les études de santé dans l'espace européen de l'enseignement supérieur.

3.3.2.2 *L'espace universitaire européen et le schéma Licence-Master-Doctorat*

C'est le second élément majeur de modification des études de santé. La mise en place du LMD, dont étaient exclues, en principe, au départ, les études de médecine, paraît devoir, finalement, leur être appliquée.

En effet, si la réforme du premier cycle se met en place sous forme de modules déclinés en crédits transférables (ECTS), on voit mal comment le reste des études, au moins jusqu'à l'entrée en troisième cycle, pourrait y échapper. Certaines universités ont d'ailleurs prévu ce basculement qui conduira à remplacer des enseignements magistraux jugés dépassés et trop théoriques par des modules plus tournés vers la pratique. C'est aussi ce qu'ont préconisé les VIIIèmes assises nationales hospitalo-universitaires réunies à Nice les 6 et 7 mars 2003 et qui regroupent les 3 conférences des directeurs généraux de CHU, des présidents de CME et des doyens de facultés de médecine. Elles ont proposé :

- de mettre en place des stages hospitaliers à plein temps permettant d'adapter le cursus médical au projet de master médical professionnel couronnant le 2^{ème} cycle des études médicales,
- de développer la semestrialisation des inscriptions et des droits,
- d'inscrire résolument les études de médecine dans le LMD par la mise en place d'un système d'accumulation de crédits,
- et de favoriser la mobilité des étudiants de 3^{ème} cycle.

Pour autant, un certain nombre de difficultés existent quant à l'application du LMD aux études spécifiques de médecine. La première tient à ce que ces études dans leur organisation actuelle – mais la réforme envisagée ne modifiera pas fondamentalement cette donnée – comportent, du fait du *numerus clausus* ou des quotas, une première année qui est, d'une certaine manière, hors cursus, les études proprement dites commençant en bac+ 2, après réussite au concours d'entrée. Sur ce point la réforme proposée, en prévoyant des modules déclinés en crédits ECTS, permet bien à ceux qui n'auraient pas réussi un concours de se réorienter sans perdre le bénéfice d'une première année. En multipliant les possibilités de concours préparés durant cette première année, elle permet de limiter les échecs secs. Cependant, le principe des concours étant maintenu, la première année conserve son statut d'année préparatoire et, de ce fait, il existe un décalage d'un an par rapport aux autres formations universitaires.

On pourrait même se demander si une solution possible ne résiderait pas, compte tenu du caractère préparatoire de la première année, en une « secondarisation » de celle-ci dans ce qui deviendrait des classes préparatoires aux études de santé y compris pour les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens. Cette « secondarisation » permettrait, notamment, le maintien de l'action régulatrice des recteurs et de l'inspection générale de l'éducation nationale pour maintenir un quota d'étudiants issus des bacs technologiques.

Indépendamment de ce point, les principales difficultés se concentrent sur le niveau M. Pour le niveau L, en effet, l'effet combiné des crédits cumulables et des passerelles permettra aux « collés » de poursuivre leurs études dans d'autres disciplines en fonction de ce qu'ils auront pu valider en première année, rejoignant ainsi le schéma commun. En ce qui concerne le master, compte tenu de l'année préparatoire aux concours, il ne serait délivré qu'au niveau bac+ 6. En outre, ce niveau n'autorise pas, en France, comme dans la plupart des pays européens, l'exercice d'une profession médicale au sens strict (médecin et chirurgien-dentiste). Il n'est donc pas possible pour ces professions de délivrer un master, même à bac+6. Il s'adapterait bien, en revanche, à la pharmacie pour laquelle le diplôme d'état de docteur en pharmacie (sans spécialisation) s'obtient à BAC + 6 (toujours compte tenu du PCEP1). Plusieurs hypothèses sont, à l'heure actuelle, envisagées pour ce niveau en odontologie et médecine et, notamment, la possibilité de délivrer des masters professionnels couplant santé et droit ou économie et permettant l'exercice de professions autres que celle de médecin.

Une seconde difficulté tient, semble-t-il, à la préparation de l'examen classant national à la fin de la quatrième année du deuxième cycle (DCEM4). En effet, il apparaît que celle-ci perturbe le déroulement normal de la quatrième année du deuxième cycle en poussant les étudiants – parfois avec l'assentiment au moins tacite de leur UFR – à négliger leurs obligations de stages au profit d'une préparation intensive de l'examen. Selon certains de nos interlocuteurs, ce phénomène aurait pour effet de vider le DCEM 4 d'une grande partie de sa substance, notamment pratique et de rendre, par conséquent, son adaptation à la maquette d'un master – fondée sur l'obligation d'un stage professionnalisant à plein temps – encore plus problématique.

En tout état de cause, l'application du schéma LMD aux études de médecine nécessitera des adaptations importantes pour tenir compte des spécificités de celles-ci. Le travail nécessaire à la réalisation des propositions de la conférence de Nice doit encore être poursuivi en liaison avec la pratique des autres pays européens. Enfin, cette harmonisation européenne devrait conduire, selon les trois conférences, à s'interroger sur la pertinence de maintenir un nombre très élevé de spécialités. En effet, alors que la plupart de nos partenaires reconnaissent en général 17 spécialités, la France en compte 51. Un remodelage global des études favorisant les parcours personnalisés avec des objectifs de formation théorique et pratique définis au plan national par des collèges de spécialistes serait alors mis en place. Le volet théorique pourrait être organisé au niveau des interrégions. Le volet pratique reposerait sur des services agréés selon des critères stricts et effectivement vérifiés par des évaluations réelles et périodiques des lieux de stage et l'adoption de critères de validation européens.

C'est donc aussi à un bouleversement qualitatif des études médicales et plus généralement des études de santé qu'il convient de se préparer. Une préparation sérieuse ne saurait être conduite sans des outils de pilotage et d'évaluation qui font, à l'heure actuelle, cruellement défaut.

* *
*

En conclusion, les données statistiques sont insuffisantes pour fonder un pilotage précis des études de santé en fonction des besoins de santé identifiés ou prévisibles, et ce défaut est aggravé par les limites des outils de régulation existants. En effet, pour le premier cycle, le numerus clausus, purement quantitatif, ne règle pas les nombreux problèmes

auxquels s'attache la réforme annoncée de la première année, et au niveau du troisième cycle, la régulation des spécialités est largement biaisée dans la pratique.

En conséquence, de **graves lacunes sont constatées dans la prospective** tant quantitative que qualitative. L'absence de volonté de pilotage est caractérisée, s'agissant du concours de l'internat et de l'agrément des centres formateurs. Alors même que le système est au seuil d'une considérable augmentation des effectifs, il ne sait même pas la quantifier précisément, et il ne peut donc planifier de manière cohérente sur le plan budgétaire, humain et matériel. Au total, l'université est conduite à former, pour un coût plus élevé que pour toute autre formation, **des spécialistes dont on n'a pas forcément besoin, dans des régions où ils ne sont pas forcément nécessaires, alors qu'on ne forme pas d'autres spécialistes ou des généralistes dont on a absolument besoin et là où ils sont indispensables.**

3.4 L'effort d'enseignement des CH&U est indéniable, mais mal quantifié

3.4.1 *Les personnels concourant réellement à l'enseignement sont mal identifiés*

L'enseignement médical, odontologique et pharmaceutique présente en effet des caractéristiques qui rendent méthodologiquement difficile cette identification : les étudiants dès le PCEM2 et jusqu'au DCEM4 sont en stage dans les services hospitaliers près de la moitié de leur temps, en alternance avec leur formation théorique, stages hospitaliers le matin, enseignements dirigés l'après-midi. Pendant leur troisième cycle, praticiens spécialisés en formation, ils assurent des responsabilités hospitalières importantes, même si elles sont exercées par délégation et sous le contrôle d'un PH responsable. Les stages cliniques impliquent donc une supervision par des médecins seniors, hospitalo-universitaires (PU-PH, le cas échéant MCU-PH dans les disciplines où ils sont présents, CCA) ou praticiens hospitaliers. Ce temps médical n'est jamais comptabilisé, et difficile à estimer, quelle que soit l'organisation du service.

Pour l'enseignement plus théorique réalisé à l'université, le directeur de l'UFR organise les enseignements, de plus en plus assurés sous forme d'enseignements dirigés par groupes restreints, la pédagogie sous forme de cours magistral étant en diminution.

Mais aucun temps de service d'enseignement n'est défini pour les hospitalo-universitaires, compte tenu des grandes variations entre disciplines. Il n'y a donc pas de rémunération en heures complémentaires pour les enseignants les plus actifs, en médecine et en odontologie, contrairement à toutes les autres disciplines, pharmacie comprise. Il n'y a pas non plus de crédits d'heures d'enseignement en proportion des effectifs étudiants pour le personnel hospitalo-universitaire en médecine et odontologie.

Le temps consacré par les praticiens hospitaliers aux missions d'enseignement (et de recherche), qui n'est pas négligeable, n'est pas non plus évalué. Il convient de rappeler que l'ordonnance de 1958 a créé le temps plein hospitalier et conçu le corps médical des CHU comme exclusivement bi-appartenant, sauf exception. L'exception est cependant devenue majoritaire puisqu'on recense dans les CHU 8.300 praticiens hospitaliers temps plein et 1.000 praticiens hospitaliers à temps partiel à comparer à 3.500 PU-PH et 1.800 MCU-PH (sans compter ceux affectés hors CHU) : le temps médical consacré aux soins dans les CHU est

donc assuré pour un quart environ par les hospitalo-universitaires et pour trois quarts par les praticiens hospitaliers (5.300 HU à mi-temps par convention sur les soins, 9.000 ETP de PH).

Des dispositions ont pourtant été prises en 2002, en application du protocole du 13 mars 2000 signé par le gouvernement avec les quatre intersyndicales de praticiens hospitaliers. Trois niveaux de participation aux tâches d'enseignement (ou de recherche) ont été définis par les deux ministères en référence aux textes statutaires des praticiens hospitaliers et des enseignants⁴¹ :

- attaché d'enseignement : la participation ponctuelle à des tâches d'enseignement, inférieure à 2 heures par semaine, ne relève pas d'un formalisme particulier, mais d'une simple autorisation du directeur, et peut être rémunérée par l'université,
- chargé d'enseignement : la participation régulière à des tâches d'enseignement supérieur à 2 heures par semaine s'inscrit dans le cadre des demi-journées d'intérêt général statutairement prévues pour les PH (décret n° 84-131 modifié du 24 février 1984 portant statut des PH), sous réserve de donner lieu à convention entre l'hôpital et l'université ; elles portent sur une ou deux demi-journées par semaine (soit 10 ou 20 % du temps médical) et l'université rémunère conformément aux textes statutaires, soit environ 2 442 € ou 4884 € annuels ; un crédit de 686.000 € sur le chapitre 36-11 art. 20 du budget 2002 de l'éducation nationale a été délégué aux universités concernées pour mise en œuvre sur l'année universitaire 2002-2003 ; le dispositif devait faire l'objet d'une évaluation ;
- enseignant-associé : la participation active aux tâches d'enseignement relève du statut de professeur associé, assurant une demi-charge d'enseignement, et entraîne la rémunération statutaire correspondante soit 1.600 € mensuels ; elle s'inscrit également dans le cadre d'un accord entre l'hôpital et l'université.

Une étude pilote sur le temps médical

A titre d'exemple, le CHU de Lille fait partie des quatre CHU (Lille, Nancy, Nîmes, St-Etienne) travaillant avec la Mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) sur le « temps de travail des médecins et l'organisation des services », thème retenu au programme de travail 2003 de la mission⁴². Le CHU de Lille a mis en place depuis 2003 une gestion informatisée du temps médical, essentiellement destinée à permettre la rémunération des plages additionnelles de temps de travail des praticiens hospitaliers. A ce jour, ces déclarations ne distinguent pas le temps consacré à l'enseignement universitaire, à la formation initiale ou continue des paramédicaux (qui mobilise particulièrement les anesthésistes-réanimateurs), ou à la recherche. Avec l'accord de la CME et de la communauté médicale, le CHU a pour objectif de distinguer ces différentes missions dans la gestion du temps des différents praticiens. Le CHU a toutefois pu estimer qu'une cinquantaine de PH était impliquée dans les tâches de recherche, à hauteur moyenne de 20 % de leur temps.

⁴¹ Circulaire conjointe éducation nationale-santé n° DPE/A2/BC/CDA 02-174 du 4 avril 2002.

⁴² MEAH rapport d'étape temps de travail et organisation des services octobre 2003.

3.4.2 *Les redéploiements entre 1993 et 2003 des effectifs hospitalo-universitaires ont été très limités*

3.4.2.1 *Des redéploiements limités par discipline*

Les effectifs hospitalo-universitaires titulaires (professeurs et maîtres de conférence) fournis par la DPE permettent une analyse approfondie des redéploiements opérés en médecine du fait de l'évolution des spécialités. En effet, les effectifs de pharmacie (3 sections du CNU) et d'odontologie (9 sous-sections du CNU) obéissent à des logiques spécifiques, qui mériteraient une étude séparée, particulièrement dans la perspective de l'organisation conjointe du CH&U de médecine et de pharmacie, prévue par la loi du 4 mars 2002.

La période d'analyse porte sur les années 1993 à 2003 (cf. annexe 12). L'année 1992 apparaît en effet atypique, avec 66 créations de postes de professeurs l'année où le *numerus clausus* était fixé à son plus bas niveau historique (3.500). En dix ans, entre 1993 et 2003, l'évolution globale des effectifs hospitalo-universitaires titulaires ressort à 3 postes soit 0,1 % des 5266 postes pourvus en 1993 : les évolutions entre disciplines et établissements ont donc été opérées par redéploiement au niveau national. Les décisions conjointes des cabinets des deux ministres de l'éducation nationale et de la santé, interviennent dans le cadre des révisions annuelles des effectifs. Elles préparent la publication annuelle des postes, sur la base des départs constatés. Ces décisions sont prises après avoir entendu ensemble les responsables de chaque CH&U (doyen, directeur général, président de la CME), et depuis la création des ARH, son directeur.

Parmi les 51 sous-sections du CNU de médecine, 20 disciplines ont contribué ensemble à hauteur de 312 postes aux redéploiements sur la période ; 10 disciplines représentent 85 % de ces postes :

- physiologie : 43 postes, soit 14 % de l'effectif de 1993 de la sous-section 4402,
- médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement : 40 postes, 21 % de l'effectif de la sous-section 5301,
- biochimie et biologie moléculaire (4401) : 37 postes soit 11 %
- cytologie et histologie (4202) : 33 postes soit 20 %
- biophysique et médecine nucléaire (4301) : 32 postes soit 13 %
- anatomie et cytologie pathologiques (4203) : 25 postes soit 11 %
- anesthésiologie et réanimation chirurgicale (4801) : 16 postes soit 10 %
- parasitologie et mycologie (4502) : 14 postes soit 12 %
- anatomie (4201) 13 postes soit 9 %
- chirurgie générale (5302) : 13 postes soit 13 %.

Les 312 redéploiements (et 3 créations nettes) ont été répartis sur 29 disciplines. Les priorités sur la période se retrouvent assez logiquement dans les 15 progressions les plus importantes, qui représentent 80 % des redéploiements :

- la génétique (4704) avec 33 créations et une progression de 46 % de l'effectif initial en 1993,
- la cancérologie et radiothérapie (4702) : 31 postes soit +33 %
- biostatistiques, informatique médicale, technologies de la communication (4604) : 22 postes + 34 %

- biologie cellulaire (4403) : 22 postes +37 %
- nutrition (4404) : 19 postes 51 %
- radiologie et imagerie médicale (4302) : 17 postes 11 %
- hématologie transfusion (4701) : 15 postes 8 %
- épidémiologie économie de la santé et prévention (4601) : 15 postes 16 %
- bactériologie virologie hygiène hospitalière (4501) : 15 postes 7 %
- immunologie (4703) : 14 postes 13 %
- thérapeutique (4804) : 12 postes 21 %
- urologie (5204) : 11 postes 18 %
- cardiologie (5102) : 11 postes 10 %
- chirurgie vasculaire médecine vasculaire (5104) : 8 postes 19 %
- maladies infectieuses maladies tropicales (4503) : 8 postes 16 %.

Toutefois, certaines de ces progressions coïncident avec une quasi-disparition des étudiants de troisième cycle (cancérologie, hématologie). La pertinence de ces redéploiements au regard de la charge d'enseignement n'apparaît pas évidente, et les critères, stratégies et indicateurs qui ont conduit les administrations centrales à ces redéploiements gagneraient à être rendus publics, et confortés par des travaux de prospective approfondis.

3.4.2.2 Des redéploiements limités par CH&U

Les effectifs par CH&U devraient être analysés en deux temps :

- les effectifs hospitalo-universitaires peuvent être rapprochés d'une charge d'enseignement, mesurée objectivement par les effectifs étudiants (dans les trois cycles, hors diplômes complémentaires type DU, AFS ou AFSA, etc) ;
- un correctif peut être introduit au titre des moyens consacrés à la recherche, ou, à tout le moins, les écarts bruts constatés dans les charges d'enseignement doivent être nuancés par la prise en compte des charges de recherche.

La définition prochaine de financements contractualisés pour l'enseignement et la recherche, la nécessité de mieux évaluer et répartir le temps médical devraient conduire d'urgence à approfondir cette analyse, en soulignant que, si les incitations financières sont mises en place, quelques mois peuvent suffire pour sortir de l'opacité actuelle. Dans un premier temps, comme le montre l'exemple de quelques CH&U impliqués dans l'étude engagée en 2003 par la MEAH, la priorité serait de recenser les hospitalo-universitaires impliqués significativement dans la recherche labellisée, et les praticiens hospitaliers impliqués significativement dans la recherche ou l'enseignement, à hauteur d'une ou deux demi-journées par semaine en moyenne, qu'il soit fait ou non usage des dispositions récentes relatives aux « valences » enseignement et recherche.

En nombre de postes, les redéploiements opérés entre CH&U peuvent paraître significatifs, car dix CH&U ont été contributeurs globalement sur la période, pour 85 postes redéployés au total ou 1,6 % de l'effectif :

- l'AP-HP (32 postes),
- Lyon, Marseille Montpellier-Nîmes et Strasbourg (8 postes chacun),
- Clermont-Ferrand (7 postes), Nancy (5 postes), Bordeaux (4), Tours (3), Besançon (2).

16 CH&U ont été bénéficiaires, pour un total de 88 postes, dont 3 créations nettes et 85 redéploiements entre CH&U, soit dans l'ordre décroissant :

- St-Etienne (12 postes),
- Lille (10 postes),
- Antilles-Guyane (8 postes, soit un quasi-doublage de son effectif),
- Rouen (8 postes), Brest (7 postes), Dijon et Nice (6 postes),
- Poitiers et Reims (5 postes), Limoges et Rennes (4), Amiens, Angers, Grenoble et Nantes (3), Toulouse (1).

En valeur relative, ces redéploiements apparaissent beaucoup plus modestes, allant de contributions sur 10 ans de 5,8 % (Clermont-Ferrand), 4 % (Montpellier-Nîmes), 3,6 % (Strasbourg), 3 % (Nancy), 2,5 % (Lyon), 2,4 % (Marseille et Tours), 2,2 % (Besançon), enfin 1,9 % à l'AP-HP, soit une contribution annuelle de 0,2 à 0,6 % selon les CH&U. Les effets pour les CH&U bénéficiaires sur 10 ans paraissent plus contrastés, s'étageant entre :

- Antilles-Guyane	+ 89 %
- St-Etienne	+ 18 %
- Brest	+ 9 %
- Rouen	+ 8 %,
- Poitiers, Dijon, Nice, Reims	entre 6 et 7 %
- Limoges, Lille	entre 4 et 5 %
- Amiens, Angers, Rennes, Nantes, Grenoble	entre 2 et 3,5 %,
- Toulouse	+ 0,4 %.

On retient en première approche le ratio HU titulaires/ numerus clausus 6 années auparavant (puisque les effectifs étudiants inscrits en 2003 sont corrélés en moyenne au numerus clausus de 1997 -de 2001 pour le PCEM2, de 1997 à 2000 pour le DCEM, de 1993 à 1996 pour le troisième cycle). En moyenne nationale, un effectif de titulaires quasi constant pour dispenser un enseignement à un effectif d'étudiants en nette diminution, de 4.100 en 1987 à 3.583 en 1997, soit -12,6 %, traduit une charge d'enseignement en diminution ou s'orientant davantage vers les enseignements dirigés que les cours magistraux, comme y incite l'harmonisation européenne. Mais les écarts de situation et d'évolution entre CH&U demeurent problématiques.

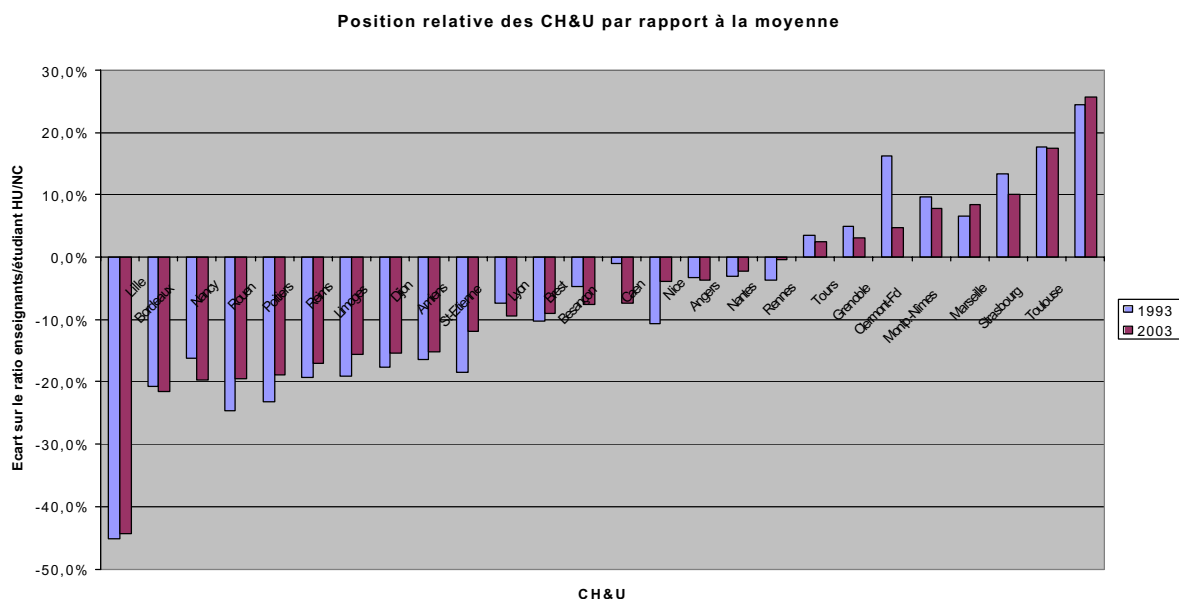
En effet, parmi les CH&U disposant d'un ratio plus élevé que les autres de HU par rapport à leurs effectifs étudiants en 2003 apparaissent en tête :

- l'AP-HP (26 % au-dessus de la moyenne 2003 des CH&U),
- Toulouse (17 %),
- Strasbourg (10 %),
- Marseille (8,5 %),
- Montpellier-Nîmes (8 %).

Ces CH&U font incontestablement partie des plus actifs en recherche, mais d'autres manquent à l'appel (Bordeaux, Lille, Lyon).

Viennent ensuite :

- proches de la moyenne Clermont-Ferrand (5 %), Grenoble (3 %) et Tours (2 %), Rennes (- 0,3 %), Nantes (- 2 %), Angers et Nice (- 4 %),
- entre 7 et 10 % en dessous de la moyenne, dans l'ordre Caen, Besançon, Brest et Lyon ;
- entre 12 et 15 % St-Etienne, Amiens, Dijon, Limoges ;
- entre 17 et 21 % Reims, Poitiers, Rouen, Nancy, Bordeaux ;
- enfin, à -44 % le CH&U de Lille.



La présence des étudiants de santé militaire à Bordeaux et Lyon⁴³ peut affecter le classement de ces deux CH&U. Mais l'existence d'une faculté libre à Lille⁴⁴ suffit d'autant moins à expliquer la position du CH&U de Lille que l'encadrement du troisième cycle est assuré exclusivement par l'université Lille II.

En outre, pour 8 des 27 CH&U, les redéploiements effectués entre 1993 et 2003 n'ont pas réduit les écarts relatifs entre CH&U, mais les ont accentués, comme le montre le tableau ci-dessous et les annexes :

- le CH&U francilien et celui de Marseille se sont écartés de la moyenne, de 1,2 point pour l'AP-HP, qui malgré un redéploiement de 32 titulaires, demeure à 25 % de la moyenne des CH&U, et de 1,9 points pour Marseille, qui malgré 8 titulaires rendus, se situe désormais à 8,5 % de la moyenne ;
- 2 CH&U mal placés selon cet indicateur simplifié, Bordeaux et Nancy, en rendant respectivement 4 et 5 titulaires, se sont écartés de la moyenne nationale ;

⁴³ en 2002-2003, il y avait respectivement 56 et 79 étudiants de santé militaire en PCEM2 à Bordeaux et Lyon.

⁴⁴ avec 49 places en 1987 et 1997, 67 places en 2003, au sein du numerus clausus de Lille II.

- enfin, 4 autres CH&U plus intermédiaires ont également évolué défavorablement (Lyon, Besançon, Caen et Angers, les deux premiers ayant rendu 8 et 2 postes, Caen n'ayant bénéficié d'aucun poste et Angers de 3 postes).

Région	CH&U	PU+MCU 93	PU+MC 2003	VAR 03/93	VAR% 03/93	NC 87-88	NC 97-98	NC 03-04	HU83/NC87	HU03/NC97	HU93/NC87	HU03/NC97	HU93/NC87	HU03/NC97	VAR 10 ANS
	(1)	(2)	(3)=(1)-(2)	1+(4)=(3)/(1)	(5)	(6)	(7)	(8)=(1)/(5)	(9)=(2)/(6)	1+(10)=(8)/(1,28)+(11)=(9)/(1,4)	(12)=(11)-(10)				
Alsace	220	212	-8	-3,60%	151	131	187	1,46	1,82	13,40%	10,00%				-3,40%
Antilles-Guyane	9	17	8	88,90%	0	0	48								
Aquitaine	228	224	-4	-1,80%	224	194	285	1,02	1,15	-20,80%	-21,50%				-0,70%
Auvergne	121	114	-7	-5,80%	81	74	129	1,49	1,54	16,30%	4,80%				-11,50%
Basse-Norm.	94	94	0	0,00%	81	69	127	1,27	1,36	-1,10%	-7,40%				-6,30%
Bourgogne	91	97	6	6,60%	86	78	138	1,06	1,24	-17,60%	-15,40%				2,20%
Bretagne	125	129	4	3,20%	101	88	135	1,24	1,47	-3,60%	-9,00%				3,30%
Bretagne	76	83	7	9,20%	66	62	104	1,15	1,34	-10,30%	-9,00%				1,40%
Centre	125	122	-3	-2,40%	94	81	144	1,33	1,51	3,50%	2,40%				-1,10%
Champ-Ard.	84	89	5	6,00%	81	73	132	1,04	1,22	-19,30%	-17,10%				2,20%
Champ-Ard.	93	91	-2	-2,20%	76	67	114	1,22	1,36	-4,70%	-7,60%				-2,90%
Haute-Norm.	95	103	8	8,40%	98	87	150	0,97	1,18	-24,50%	-19,50%				5,00%
Haute-Norm.	1691	1659	-32	-1,90%	1 057	897	1288	1,6	1,85	24,60%	25,80%				1,20%
Ile-de-France AP-HP	200	192	-8	-4,00%	142	121	180	1,41	1,59	9,70%	7,90%				-1,80%
Lang.-Rouss	78	82	4	5,10%	66	66	101	1,04	1,24	-19,00%	-15,50%				3,50%
Limousin	168	163	-5	-3,00%	156	138	208	1,08	1,18	-16,20%	-19,70%				-3,50%
Lorraine	239	240	1	0,40%	158	139	203	1,51	1,73	17,80%	17,40%				-0,40%
Midi-Pyrénées	208	218	10	4,80%	295	266	390	0,71	0,82	-45,10%	-44,30%				0,80%
Nord-PC	122	125	3	2,50%	98	87	145	1,24	1,44	-3,10%	-2,30%				0,80%
Pays-de-Loir	92	95	3	3,30%	74	67	110	1,24	1,42	-3,20%	-3,60%				-0,40%
Pays-de-Loir	88	91	3	3,40%	82	73	133	1,07	1,25	-16,40%	-15,20%				1,20%
Picardie	75	80	5	6,70%	76	67	128	0,99	1,19	-23,20%	-18,80%				4,40%
Poitou-Char.	327	319	-8	-2,40%	239	200	283	1,37	1,6	6,50%	8,50%				1,90%
PACA	93	99	6	6,50%	81	70	107	1,15	1,41	-10,60%	-3,80%				6,80%
PACA	325	317	-8	-2,50%	273	238	328	1,19	1,33	-7,30%	-9,40%				-2,10%
Rhône-Alpes	132	135	3	2,30%	98	89	131	1,35	1,52	4,90%	3,10%				-1,70%
Rhône-Alpes	67	79	12	17,90%	64	61	94	1,05	1,3	-18,50%	-11,90%				6,60%
Rhône-Alpes	5266	5269	3	0,10%	4 100	3583	5522	1,28	1,47	0%	0%				0%
Réunion-Normée-Polynésie							28								
					4 100	3583	5550								

Ecart à la moyenne HU/NC

Réduction (+)

Aggravation (-)

Le tableau situe les 27 CH&U selon leur effectif de HU titulaires (PU-PH+MCU-PH) entre 1993 et 2003 (colonnes 1 et 2)

les colonnes 3 et 4 donnent la variation entre 1993 et 2003 de cet effectif en nombre et en %

les colonnes 5, 6 et 7 donnent le numerus clausus applicables aux 3 rentrées 87, 97 et 2003

les colonnes 8 et 9 donnent le ratio HU sur numerus clausus 6 ans auparavant

les colonnes 10 et 11 expriment l'écart de ce ratio par rapport à la moyenne des CH&U

la colonne 12 exprime la variation de cette position relative en 10 ans

pour les 14 CH&U qui se sont rapprochés de la moyenne entre 93 et 2003, si le même rythme se poursuivait,

la colonne 13 donne le nombre (théorique) de décentes à partir de 1993 pour rejoindre la moyenne des CH&U

la colonne 14 donne la remontée du numerus clausus entre 97 et 2003 (+54% en 6 ans)

la colonne 15 exprime la correction du numerus clausus par rapport à la moyenne entre 97 et 2003

On trouvera en annexe le tri des CH&U selon :

la variation entre 1993 et 2003 de cet effectif en nombre et en % (tableaux 2 et 3)

l'écart relatif à la moyenne du ratio HU titulaires par étudiant de PCSEM2 (numerus clausus 6 ans auparavant, tableau 4)

la variation entre 93 et 2003 de cette position relative (tableau 5)

L'accompagnement de deux CH&U seulement apparaît efficace : Nice et St-Etienne. Il a été également positif, mais lent, pour Rouen, Poitiers, Limoges, et, à un moindre degré, Rennes, Dijon, Reims, Brest, Amiens. Ces dix CH&U, dont l'université est polyvalente, ont été renforcés en titulaires, au-delà de l'évolution relative de leur *numerus clausus*, et ont rattrapé en partie des écarts par rapport à la moyenne. Faute de contribution significative de CH&U mieux dotés, le rythme de ces redéploiements apparaît cependant excessivement lent, puisque seul Rennes, peu éloigné de la moyenne (- 4 %), et Nice plus éloigné (- 11 % en 1993) y sont presque revenus en une décennie (- 0,3 % et - 4 % en 2003 respectivement). Au rythme actuel, tous les autres CH&U mettraient plusieurs décennies pour parvenir à la moyenne⁴⁵.

Les CH&U de Clermont-Ferrand, Strasbourg, Montpellier-Nîmes, et Tours ont réduit leur écart, en rendant plusieurs postes. Ce rythme est rapide pour Clermont-Ferrand, qui rejoindrait la moyenne en 4 ans supplémentaires. Il reste insuffisant pour les 3 autres CH&U, qui, au rythme actuel, nécessiteraient entre 22 et 45 années supplémentaires. Grenoble, en ne recevant que 3 postes, a également réduit lentement son écart. Enfin, au rythme actuel, Toulouse et Lille, mettraient 5 siècles à rejoindre la moyenne des CH&U. Ils sont pourtant dans des situations contrastées, le premier 17 % au-dessus de la moyenne, n'a rendu qu'un titulaire, et le second, 44 % en dessous, en a reçu 10 supplémentaires.

Cette première analyse nécessite d'être nuancée par une prise en compte de l'effort réel de recherche des CH&U en 2003, faute de pouvoir objectiver son évolution sur la décennie. On trouvera plus loin le croisement qui peut être fait entre la charge d'enseignement et la charge de recherche, qui pèse sur les mêmes effectifs hospitalo-universitaires, sans expliquer totalement les écarts de dotation entre CH&U. Le poids du troisième cycle et des DU pourrait également être pris en compte, et modifierait les écarts constatés.

Enfin, sans méconnaître les spécificités de la formation outre-mer, que ce rapport ne pouvait approfondir, deux notations particulières doivent être faites concernant l'outre-mer, où la formation médicale repose sur le partenariat avec d'autres CH&U, Bordeaux en particulier, où continuent d'être assurés le PCEM2 et le DCEM. Cette organisation n'est pas sans poser problème. Le CH&U Antilles-Guyane a certes bénéficié d'un quasi-doublement de ses effectifs en 10 ans, mais ce rattrapage doit être poursuivi. La population concernée dépasse un million d'habitants, davantage que certaines régions de métropole dotées d'un CH&U, et devrait à terme, pour des raisons évidentes de démographie médicale, pouvoir former plus facilement dans les professions de santé en général, en étant dotée à un rythme plus ambitieux du corps enseignant nécessaire.

La situation est encore plus difficile à justifier pour la région de l'océan Indien, puisque la Réunion et Mayotte représentent une population de 750.000 habitants en forte croissance, sans CH&U, bien que se développent des établissements de santé assumant un indispensable rôle de recours.

Des solutions adaptées devraient être envisagées à terme pour faire face aux enjeux sanitaires et de démographie médicale des régions d'outre-mer, et donner, dans

⁴⁵ 20 ans pour St-Etienne, 40 ans pour Rouen, Poitiers, Limoges, 65 à 80 ans pour Brest, Dijon, Reims, et 125 ans pour Amiens.

le cadre de la contractualisation avec les établissements universitaires et hospitaliers concernés des perspectives plus ambitieuses en matière de formation de santé.

Le constat porté, pour la période, sur le pilotage du dispositif, et la politique de redéploiement conduite, les fait apparaître pour autant peu cohérents, plus adaptés à une régulation des priorités disciplinaires entre sous-sections du CNU qu'à une stratégie de rééquilibrage des CH&U. A rebours de l'appréciation élogieuse portée sur la contractualisation avec les universités⁴⁶, on ne constate aucune volonté d'accompagner les CH&U par la contractualisation avec l'université et l'hôpital, dans laquelle ne s'inscrivent ni la révision des effectifs HU ni la fixation des effectifs étudiants. Ce constat traduit sans doute l'opacité de la procédure, l'absence d'objectifs pluriannuels explicites, hormis un plan triennal 2000-2002, l'impasse collective sur une évaluation du dispositif et la difficulté à s'accorder sur des indicateurs. Il est de surcroît opéré sur une période où la remontée en charge du numerus clausus n'avait pas encore produit ses effets, où les effectifs étudiants continuaient de décroître, sans que les effectifs titulaires HU diminuent ni que des redéploiements significatifs soient effectués entre établissements. Les enjeux de la décennie à venir sont à cet égard tranchés :

- les décisions déjà prises en matière de numerus clausus vont produire leurs effets dès les années 2004-2005 sur la charge d'enseignement (+ 6 % d'augmentation des effectifs totaux lors de la rentrée 2003),
- les contraintes de démographie médicale et de temps médical bouleversent l'organisation traditionnelle de la triple mission au sein des CH&U,
- la compétition mondiale en recherche médicale et en santé appelle des réformes en profondeur que traduit par ailleurs le débat général dans le monde de la recherche.

* *
*

En synthèse des indicateurs disponibles sur l'enseignement et la recherche, la mission propose de distinguer 3 groupes de CH&U :

- le groupe des huit CH&U indiscutables pôles d'excellence en enseignement et en recherche : il comprend cinq universités franciliennes (Paris V, VI, VII, XI, et XII) et sept universités de province (Lyon, Marseille, Lille, Bordeaux, Toulouse, Strasbourg, Montpellier-Nîmes), les plus importantes universités spécialisées en médecine avec recherche forte et structurée (CH&U signataire d'un ou plusieurs IFR regroupant au moins 8 unités INSERM, CH&U en général partenaire de premier rang de la génopole et de la cancéropole), à l'exception de Paris XII, université polyvalente dont le potentiel de recherche médicale est exceptionnel. Ce groupe concentre 60 % des effectifs en personnel HU titulaire ;
- un groupe de six CH&U intermédiaires (Clermont-Ferrand, Grenoble, Nancy, Nantes, Nice, Rennes), pôles actifs en enseignement et en recherche, que leur situation sur l'une ou l'autre des deux missions ne conduit pas à classer indiscutablement dans le premier groupe ;

⁴⁶ Cf. notamment Aghion et Cohen Education et croissance Conseil d'analyse économique, 2004.

- le groupe des treize CH&U dont l'université est polyvalente et le potentiel de recherche en émergence, le développement des deux missions devant s'envisager dans le cadre inter-régional et par alliance entre CH&U (Amiens, Angers, Antilles-Guyane, Besançon, Brest, Caen, Dijon, Limoges, Poitiers, Reims, Rouen, St-Etienne, Tours) ; sont assimilés à ce groupe ou au précédent les établissements des GHU de l'AP-HP relevant des universités Paris XIII et Versailles-St-Quentin.

CHAPITRE 4 - CERTAINS SITES DE CHU ONT UNE SPECIFICITE FAIBLE EN SOINS DE RECOURS

En termes de soins, les CHU assurent à la fois des soins de proximité pour leur bassin de population immédiat et des soins de recours, innovants ou de haute technicité.

4.1 La notion de « recours » recouvre des problématiques diverses

La mission de proximité (qui n'a rien de particulier), ne distingue pas les CHU des autres établissements de santé : centres hospitaliers (CH), hôpitaux privés participant au service public (PSPH), cliniques privées lucratives. Les CHU demandent toutefois à garder ce type d'activité générale pour remplir leur mission d'enseignement pratique des futurs médecins, et notamment des futurs généralistes.

En revanche, le rôle de « recours » est, en principe, plus spécifique. Il est à la fois technique et géographique. Cette mission se conçoit comme une admission du malade en seconde intention, du fait de la difficulté technique du diagnostic ou du traitement, du besoin d'innovation, en raison d'un équipement ou d'une spécialité absente ailleurs, ou de la lourdeur des cas pathologiques accueillis. Elle se décline non seulement sur le territoire de première intention de l'établissement, mais aussi sur l'ensemble de la région, voire au delà.

En fait, la mission a pu constater à quel point ce rôle était rempli de façon variable d'un CHU à l'autre, en fonction de la réputation et de l'attractivité de celui-ci.

Une étude de la DREES⁴⁷ a cherché récemment à définir la typologie des établissements de soins. Cette étude s'appuie sur des indicateurs qui peuvent être discutés mais apporte un éclairage intéressant. Elle a tenu compte de la taille de l'établissement (nombre de séjours, nombre de B de Biologie), de la dispersion de l'activité (nombre de GHM différents nécessaires pour atteindre 80 % de l'activité), de l'orientation de l'activité, de la lourdeur des soins (nombre de GHM > 4000 / séjours), du nombre d'internes/séjours (critère censé indiquer la part d'enseignement et de recherche de l'établissement, ce qui est discutable), enfin des urgences et consultations externes. Curieusement, la notion de recours est mesurée dans cette enquête, par le passage aux urgences, alors que cette donnée correspond plus à un mélange entre accueil de proximité et accès en deuxième intention pour des problèmes complexes qu'à une mesure simple du deuxième aspect.

4.2 Les CH&U se répartissent en différentes catégories

L'étude DREES individualise au total 4 groupes. Il apparaît, au terme de cette enquête – qui éclate les CHU de Paris et Marseille en plusieurs sites- et selon les critères indiqués, que les CHU sont présents dans trois des quatre groupes identifiés :

⁴⁷ Typologie des établissements de soins publics et PSPH en fonction de leur activité et de leur environnement . DREES Etudes N° 36 octobre 2003. D. BALSAN.

- le groupe 1 est composé de la totalité des plus grands CHU, d'une partie des moyens CHU et de 4 CH (au total 46 sites, en éclatant en plusieurs sites l'AP-HP et l'AP de Marseille) ; ils pratiquent une large palette de soins différents et assument des activités de pointe, disposant de nombreux internes et réalisant de forts coefficients en biologie, avec une attractivité élevée dans leur « zone de chalandise » très peuplée et pour lesquels la part relative des urgences dans l'activité est faible ;
- le groupe 2 rassemble 8 sites petits et moyens des CHU de Paris, Lyon et Marseille, mais aussi la totalité des CLCC et certains PSPH, ainsi que 2 grands CH : il s'agit d'établissements de taille plus modeste, dont l'activité est concentrée, notamment sur des actes chirurgicaux complexes (cancérologie, chirurgie cardiaque, transplantations).
- Le groupe 3 enfin est constitué d'hôpitaux de taille moyenne, à l'activité dispersée et peu technique (part forte de GHM <500 et faible de GHM >4000), avec un fort passage aux urgences. Ces établissements présentent une attractivité moyenne sur une zone de chalandise peuplée, plutôt urbaine et économiquement favorisée. Ce groupe n'a rien de spécifique aux CHU, et comprend 8 sites petits et moyens des CHU de Paris, Lyon et Marseille au milieu de 17 établissements PSPH et de 90 CH.

Dans cette dernière catégorie, rien ne distingue ces sites de CHU d'un gros centre hospitalier.

Le premier groupe présente une médiane du point ISA assez élevée (2,15 € contre 1,89 € en moyenne), le deuxième groupe la médiane la plus élevée (2,39 €), le groupe 3 se situe en revanche à un niveau proche de la moyenne (à 1,97 €).

On trouvera en annexe 13 le classement des établissements établie par la DREES en fonction du taux de GHM >4000, qui varie selon les CHU ou sites entre 1% et 10% des séjours.

On constate que cette typologie recoupe, dans une certaine mesure mais pas totalement, la classification établie pour les activités de recherche ou d'enseignement :

- Parmi les 10 premiers sites, 7 se situent en Ile-de-France, 1 en PACA, 1 en Aquitaine et 1 en Nord pas de Calais ;
- parmi les 30 premiers sites : 14 se situent en IDF, 3 en PACA, 2 en Nord-Pas-de-Calais, 2 en Bretagne, 2 en Aquitaine, 1 en Basse-Normandie, 1 en Auvergne, 1 en Pays-de-Loire, 1 en Alsace, 1 en Champagne.

Il faut signaler toutefois, que les sites des CHU de Paris et Marseille (AP-HP et AP-HM) sont éclatés, et pas ceux de Lyon. Or, comptés comme un seul établissement, AP-HP et AP-HM se situeraient au même niveau que les HCL, et leur profil ne s'en différencie pas.

Au total, sur la mission « soins de recours », les CHU se situent donc, là encore, à des niveaux différents. Il est donc anormal de faire bénéficier tous les CHU de manière égale d'un taux d'abattement uniforme de 13 %, censé couvrir l'innovation et

le recours, en sus de l'effet indirect de l'enseignement et la recherche, et de ne pas tenir compte de ces différences.

4.3 Le financement des soins dans les CH&U : un système forfaitaire opaque et peu dynamique

Jusqu'au 1^{er} janvier 2004, date d'entrée en vigueur progressive de la tarification à l'activité (en application de la LFSS 2004), les CHU ont été financés dans le cadre général du budget global. La dotation historique de l'établissement était modulée chaque année par l'attribution d'un taux de progression, variable par établissement, et de crédits plus ou moins ciblés, dans le cadre de la contractualisation ou des priorités budgétaires de l'année. Cette dotation ne tenait pas compte explicitement des charges spécifiques des CH&U : soins de recours, innovants ou très coûteux, formation des étudiants, recherche. Cependant des dotations ciblées (en dépenses financées par l'assurance-maladie) ont pu être attribuées aux CHU, préférentiellement mais pas exclusivement, notamment :

- dotation pour soins coûteux et innovants (45 M€ en 2004, 36,6 M€ en 2002 et 29,3 M€ en 2001 dont 80 % attribués aux CHU et 20 % aux CLCC),
- programme hospitalier de recherche clinique ou PHRC, financement des centres d'investigation clinique (CIC), et assimilés (centres d'épidémiologie clinique ou d'investigation technologique CEC-CIT), des délégations à la recherche clinique (DRC) (42 M€ en 2004, complétés par 1 M€ de l'INSERM pour les 24 CIC),
- financement des instituts de formation paramédicaux (notamment en soins infirmiers IFSI), pour lesquels les CHU représentent 27.000 étudiants, soit 30 % des étudiants ; des dotations importantes ont été accordées en 2000-2002 pour 8000 places supplémentaires dans les IFSI, et en 2003-2005 pour 3.564 places supplémentaires. Ces dépenses sont toutefois traitées en frais de structure, n'entrant pas dans le coût de production des soins, et leur financement était prévu pour être transféré aux régions.

Il convient en premier lieu de remarquer que le maintien de deux personnes morales, leur permet de garder leur mode de financement spécifique :

- l'hôpital est financé pour les soins, essentiellement par l'assurance-maladie (à 93 %), les usagers ou les assureurs complémentaires assurant le solde ; il rémunère à ce titre pour moitié les personnels hospitalo-universitaires (émoluments hospitaliers des professeurs, maîtres de conférences et chefs de clinique) et en totalité les étudiants hospitaliers d'une part, et les résidents et internes en stage dans les services de CHU d'autre part, tous ces personnels médicaux concourant aux soins ;
- l'université pour sa part assure, essentiellement par financement de l'Etat, les dépenses directes d'enseignement et de recherche, c'est-à-dire le traitement universitaire des enseignants-chercheurs, les personnels et frais de fonctionnement des UFR concernées, équipes de recherche universitaires comprises ; les EPST, l'INSERM pour l'essentiel, et le CNRS le cas échéant,

assurent en outre les dépenses de personnel et de fonctionnement de leurs unités de recherche, mixtes avec l'université le plus souvent.

En première analyse, l'hôpital ne supporte pas de dépense directe d'enseignement et de recherche, sauf accord entre les parties sur des projets locaux, qu'ils fassent ou non l'objet de remboursement en application de l'ordonnance de 1958 et de ses textes d'application : locaux mixtes ou intégrés, équipements communs, notamment en biologie, animaleries, centres de documentation et accès numériques. Leur impact global, certes mal connu, peut être tenu pour négligeable au regard des budgets en jeu.

Les 13 % enseignement/recherche : de quoi parle-t-on ?

Comme dans l'ensemble des pays développés, un effet indirect de l'enseignement et de la recherche était admis forfaitairement. Sur la base d'études américaines, reprises généralement en Europe, il était admis que le coût de production des soins de court de séjour supporte dans les CHU 13 % de charges supplémentaires, indirectement liées à l'enseignement et la recherche. Ce supplément de 13 % était donc admis pour tous les CHU, les 20 CLCC, et quelques autres établissements⁴⁸, dans les comparaisons de coût de production des soins, par rapport aux établissements dits généraux.

Les différences de productivité, à activité comparable et à qualité des soins supposée équivalente, sont analysés comme des écarts de dotation (sur-dotation ou sous-dotation), par rapport à une moyenne régionale, ou à un groupe d'établissements comparables. Ces différences s'expriment par la valeur du point ISA (indice synthétique d'activité), qui représente le coût d'une activité de court séjour standard.

Il convient de noter avec la mission T2A⁴⁹ que ce supplément forfaitaire de 13 %, n'est appuyé en France sur aucune étude précise, même si son principe ne paraît guère contestable, et est retenu par tous les pays développés. En outre, cet écart de productivité est considéré comme reflétant un mode de délivrance des soins et des examens intrinsèquement plus coûteux dans les hôpitaux universitaires ; les surcoûts constatés portent sur le groupe 2 de dépenses (médicaments, dispositifs médicaux, produits sanguins...) et sur le groupe 4 (amortissements et frais financiers) : examens plus sophistiqués, actes plus complexes, surfaces plus importantes et équipements plus sophistiqués, etc. Certaines dépenses de personnel médical sont incluses, liées aux prestations médico-techniques (imagerie, biologie).

Toutefois, sur la base d'études économiques très partielles⁵⁰, le temps et le salaire hospitalier de jeunes praticiens en formation (internes) est supposé compenser un éventuel temps et salaire hospitalier de praticien senior en partie consacré à

⁴⁸ Hors CHU et CLCC, l'abattement est fixé par l'ARH : il est actuellement de 13 % pour 3 établissements (CHNO-Quinze Vingt, Maternité régionale à Nancy, CTO Illkirch) et deux syndicats interhospitaliers (SINCAL à Nancy et SIHCUS à Strasbourg) ; d'autres établissements publics ou PSPH se sont vu attribuer un abattement inférieur : CHS Ste-Anne et PSPH Marie Lannelongue entre 10 et 12 %, CHI Créteil, PSPH Montsouris et Foch, St-Philibert à Lille entre 5 et 7 %, CH de Roubaix et Tourcoing, Versailles et Poissy-St-Germain, PSPH St-Joseph et Fondation Rothschild (75) entre 0,8 et 3 %.

⁴⁹ Note sur le financement des missions d'intérêt général : problématique et propositions novembre 2003.

⁵⁰ Moisdon Valorisation des activités d'enseignement et de recherche Technologie et santé décembre 1999.

l'enseignement ou la recherche, ou une densité paramédicale plus favorable. Aucun financement explicite ou contractualisé, au-delà des dotations historiques, n'est donc accordé ou reconnu à ce jour pour les dépenses de personnel consacrées à l'enseignement et la recherche, notamment la rémunération des internes et des CCA.

En outre, comme on l'a noté plus haut, l'impact cumulé dans le temps de la recherche clinique sur les CH&U demeure mal connu. La seule dotation nationale accordée, en général pour 4 ans, et fixée en 2004 à 42 M€, ne rend en effet pas compte de l'impact cumulé sur les bases budgétaires. L'enquête annuelle du MJENR estime à 130 M€ dont 55 M€ pour les CHU et 75 M€ pour les CLCC l'effort de recherche clinique en 2001 (note MJENR n°146 février 2004). Mais ce montant apparaît minoré pour les CHU, la plupart ne déclarant au MJENR que le personnel permanent des DRC, et non l'ensemble des personnels impliqués dans les CIC et la recherche clinique, contrairement aux CLCC où l'information semble mieux collectée.

Quelles que soient les réserves méthodologiques qui peuvent être faites, le constat porté sur les 27 CH&U et les 20 CLCC est double :

- le supplément forfaitaire de 13 % représente globalement 1,7 Md€ dont 1,55 Md€ pour les CHU, hors dépenses directes de personnel ; compte tenu de la disparité constatée dans les charges et moyens d'enseignement et de recherche, ce forfait uniforme ne peut être tenu pour représentatif de la réalité ;
- les coûts de production des établissements sont très dispersés : à activité standard, en tenant compte des 13 %, les CHU ont une valeur moyenne du point ISA produit 6 % supérieure à celle des établissements non universitaires, mais les CHU extrêmes se situent à plus ou moins 15 % de cette moyenne ; la dispersion est encore plus forte pour les CLCC, qui, toujours en tenant compte des 13 %, ont une valeur moyenne du point identique à celle des établissements non universitaires, mais avec des écarts autour de la moyenne de moins 20 % pour le plus productif à plus 36 % pour le moins productif.

Une meilleure prise en compte des missions d'enseignement et de recherche réduirait cette dispersion apparente, sans bien entendu expliquer la totalité de ces écarts.

Dans le prolongement des constats opérés sur les moyens consacrés par les CH&U à la recherche et l'enseignement, on peut estimer que les CH&U les plus actifs sur ces deux missions engagent des dépenses, essentiellement de personnel, qui ne sont pas couvertes par le surcoût forfaitaire de 13 % admis.

Les moyens consacrés à l'enseignement et à la recherche peuvent par convention être approchés pour chacune de ces deux missions par 50 % du temps et du salaire universitaire des HU, à compléter du temps des autres personnels impliqués dans la recherche clinique, et à défaut d'une estimation plus précise sur les HU et les PH.

La charge d'enseignement et de recherche, telle que nous avons pu l'approcher de manière simplifiée, par le ratio HU titulaires sur étudiants, n'apparaît corrélée ni à l'activité de court séjour, mesurée en points ISA, ni à l'effectif d'internes de spécialités.

Par ailleurs, la réforme en cours de la tarification à l'activité traite pour l'instant uniformément soins de proximité et de recours. Mais le traitement spécifique nouveau

des médicaments coûteux devrait bénéficier en priorité aux CHU et aux CLCC, et les activités les plus lourdes (GHM>4.000 ISA par exemple), qu'ils assurent pour l'essentiel, ne seront plus pénalisées par le mode de financement.

Au total, le financement forfaitaire actuel n'introduit aucune dynamique sur les trois missions spécifiques des CH&U : soins de recours, enseignement et recherche.

CHAPITRE 5 - LE LIEN ENTRE UNIVERSITE ET CHR DOIT ÊTRE ETABLI SUR DE NOUVELLES BASES

Dans ce chapitre, la mission se propose de définir les principes et les objectifs sur lesquels doit être basée une redynamisation du dispositif hospitalo-universitaire, avant d'aborder dans un second temps les différents scénarios envisageables pour arriver à ce résultat, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

En préambule, la mission note sur la base des travaux de l'OCDE⁵¹, que tous les pays se voient conduits à réexaminer la manière de plus en plus complexe dont s'effectue cette mission tripartite. Les partenaires de la santé et de l'enseignement supérieur sont à la fois interdépendants, pour l'assurer au mieux, et indépendants, car gérés en fonction de priorités difficiles à concilier. La gamme des intervenants est large : politiques et administrateurs (au niveau local et national), praticiens, enseignants et chercheurs, associations professionnelles, représentants du public et des usagers, milieux scientifiques, entreprises privées.

Les prestataires de soins de santé, les universités et les organismes de recherche affrontent désormais des exigences sociales et des contraintes financières plus fortes qui exigent davantage de prévision, de coordination et d'évaluation :

- coût des soins cliniques, amélioration de l'accès aux soins, qualité de soins,
- pressions visant à améliorer la compétitivité et la rentabilité de la recherche dans les établissements,
- réformes de l'enseignement de la médecine, avec une augmentation des contacts avec les patients dans les premières années du cursus et le développement d'un enseignement pluri-professionnel.

Étant donné les interdépendances de la santé, de l'enseignement et de la recherche dans les hôpitaux universitaires, les changements intervenant dans l'un ou l'autre secteur ont d'énormes répercussions sur les autres. Les tensions sont donc générales dans les relations entre universités et hôpitaux de tous les pays : multiples flux financiers, circuits de responsabilité complexes, variété des intervenants et des groupes d'intérêt, problèmes éthiques découlant des progrès de la science et des techniques cliniques.

Dans le passé, la collaboration entre les gestionnaires hospitaliers et universitaires, et le personnel hospitalo-universitaire, était fondée sur une compréhension informelle et sur des arrangements pragmatiques élaborés au fil du

⁵¹ Une conférence sur le thème «l'avenir de la mission tripartite : réexaminer la relation entre les universités, les écoles de médecine et les systèmes de santé » a eu lieu à l'OCDE en août 2001, dans le cadre du Programme sur la gestion des établissements d'enseignement supérieur (IMHE) avec des représentants des autorités de la santé, des hôpitaux universitaires, des facultés de médecine et des universités de quinze pays. Ce séminaire est résumé dans Smith et Whitchurch L'avenir de la mission tripartite : réexaminer la relation entre les universités, les écoles de médecine, et les systèmes de santé, OCDE Politique et gestion de l'enseignement supérieur vol 14 n° 2, 2002.

temps, fonctionnant sur le terrain. Les acteurs y restent attachés mais perçoivent aussi de plus en plus les insuffisances et la fragilité de cette méthode. Ils expriment le besoin de régulariser leurs relations organisationnelles afin de mieux harmoniser leurs objectifs et de gérer plus efficacement les tensions entre les secteurs. Les objectifs définis pour les services de soins, la recherche et l'enseignement ne conduisent pas spontanément à une synergie harmonieuse entre les missions et entre les partenaires, devenus plus nombreux, responsables des parties distinctes de la mission tripartite. Les composantes de la mission tripartite risquent ainsi de se dissocier.

Les principes de la mission tripartite demeurent pourtant les mêmes partout : accès aux derniers travaux de recherche, traduction rapide en termes de soins aux patients, modernisation des infrastructures et équipements de santé, acquisition initiale et continue d'une culture médicale solide pour les étudiants et les médecins en formation, apprentissage basé sur la pratique. Mais la manière dont elle est organisée diffère selon les pays, leurs politiques de santé et d'enseignement supérieur, l'organisation de leurs systèmes de santé et leurs modalités de financement.

L'idée d'un équilibre naturel entre ces trois activités a commencé d'être contestée dans les années 90 tant en ce qui concerne les individus, les départements universitaires, que les établissements de soins. Le secteur de la santé doit répondre à des besoins immédiats, l'université privilégie les implications et les évolutions à long terme. Il est devenu partout de plus en plus évident que tous les personnels hospitalo-universitaires ne pouvaient assurer simultanément les trois activités dans la même mesure et avec la même efficacité. Les personnels se spécialisent dans chaque domaine. L'organisation s'efforce d'équilibrer les trois éléments de la mission et comprend qu'il est difficile – voire peu probable – que des individus atteignent l'excellence dans tous. Certaines écoles de médecine tentent d'aménager cette situation en convenant d'un « ensemble » de résultats que doit obtenir un département universitaire, les individus étant appelés à se consacrer sur une période donnée à deux des missions sur les trois, voire à une seule.

Les arrangements organisationnels complexes qui permettent d'assurer simultanément les activités de soins, d'enseignement et de recherche doivent aujourd'hui être évalués et révisés fréquemment, en raison du caractère spécifique des stratégies adoptées dans ces différents domaines et du fait que chaque secteur a la responsabilité de montants importants d'investissement public, pour lesquels des stratégies harmonisées permettraient d'escompter une plus grande efficacité globale.

5.1 Les principes de refondation du dispositif

5.1.1 Les partenaires doivent être mieux identifiés et les conditions de gouvernance et de coopération doivent être formalisées

Les formations de santé à l'université mettent les UFR concernées au centre de plusieurs types de partenariats, tant structurels avec l'université dont elles sont une composante, que fonctionnels dans les domaines de la pédagogie et de la recherche avec d'autres champs disciplinaires, des EPST, et naturellement l'hôpital.

5.1.1.1 *La place des présidents d'Université et celle des doyens doit être précisée*

A l'origine, lorsque a été conçu et adopté le dispositif de l'ordonnance de 1958 et de ses décrets d'application de 1963, les universités n'existaient pas. La seule entité concernée était donc la faculté de médecine, de pharmacie ou d'odontologie. Suite aux réformes successives de l'université et notamment les lois de 1968 et 1984 sur l'enseignement supérieur (lois n° 68-978 du 11 décembre 1968 et n° 84-52 du 26 janvier 1984, dites respectivement lois Faure et Savary), les facultés sont devenue des UFR au sein des universités. Elles demeurent cependant régies par une disposition dérogatoire⁵², qui leur confère une relative autonomie au sein de l'université, et traduit l'imbrication avec l'hôpital.

Cette spécificité hospitalo-universitaire est double : le directeur de l'UFR a qualité pour signer la convention constitutive du CH&U, qu'il prépare et soumet à l'approbation du président de l'université ; en outre, les personnels hospitalo-universitaires sont affectés directement aux UFR, contrairement à toutes les autres composantes de l'université, et contrairement aux personnels mono-appartenants (IATOS pour les trois UFR, et enseignants-chercheurs de pharmacie). Le recrutement et la révision annuelle des effectifs HU échappent ainsi largement aux présidents⁵³ d'université.

Les personnels hospitalo-universitaires de pharmacie constituent, à ce jour, l'exception ; les enseignants-chercheurs de pharmacie, presque tous mono-appartenants, relèvent donc du droit commun des composantes de l'université. Le principe d'un CH&U de médecine et de pharmacie, « organisé conjointement », est défini par la loi du 17 janvier 2002. Il a reçu l'adhésion de la conférence des doyens de pharmacie dans une déclaration du 14 janvier 2004. A cette occasion, la conférence des doyens de pharmacie a réclamé « *la dotation d'un statut dérogatoire pour les UFR de pharmacie qui leur permettrait de gérer les emplois de mono-appartenants universitaires et, en concertation avec les instances hospitalières concernées, les emplois de bi-appartenants* ».

L'université est par ailleurs, depuis la loi de 1968 sur l'enseignement supérieur, la seule détentrice de la personnalité morale, seule affectataire du domaine de l'Etat, et seule gestionnaire du budget de fonctionnement. A ce titre, elle est seule responsable, sous l'autorité du Président d'université de la recherche non clinique et de l'ensemble des fonctions support : locaux, personnel IATOS, réseaux informatiques et documentation. Enfin, c'est le Président et lui seul qui assume la responsabilité juridique pour tout incident susceptible de survenir dans les emprises de l'université.

Les dispositions dérogatoires apparaissent ainsi comme une contrepartie historique à la suppression de la personnalité morale des facultés en 1968, et traduisent à ce jour encore la survivance d'une identité facultaire forte au sein des 33 universités concernées.

⁵² article 32 de la loi Savary, codifié à l'article L. 6142-7 du code de la santé publique ou à l'article L.713-4 du code de l'éducation, dont le texte est commun aux deux codes, cf. annexe 4.

⁵³ circulaire ministérielle n° 89-079 du 24 mars 1989.

Or depuis la mise en œuvre de la politique contractuelle entre l'Etat et les universités en 1989, celles-ci sont soumises de façon croissante à l'exigence de gouvernance. A ce titre, il leur est demandé d'élaborer des projets stratégiques d'établissement, base des contrats quadriennaux avec l'Etat.

L'élaboration de tels projets vise à faire émerger l'université comme un ensemble rassemblé autour d'une vision stratégique. A partir d'un constat partagé de ses forces et de ses faiblesses, elle fait jouer toutes les synergies entre ses composantes. Ses axes de développement à moyen terme sont déclinés en objectifs quantifiables et évaluables périodiquement. Cette exigence vise à faire évoluer les établissements universitaires d'une réalité encore trop faite d'une collection d'autonomies sans cohérence réelle, vers un ensemble unifié et cohérent.

Les différentes instructions ministérielles vont dans ce sens. La lettre du ministre de l'Education nationale sur la refondation de la procédure contractuelle, en date du 22 mai 1998, affirme ainsi sa « *confiance en la capacité des universités et des établissements d'enseignement supérieur à élaborer des stratégies de développement, en un mot à construire un projet fédérateur et mobilisateur qui permette d'assurer un meilleur service public tout en affirmant davantage leur identité propre* ». La circulaire de la Direction de l'Enseignement Supérieur, n° 98-118 du 22 mai 1998, consécutive à cette lettre, précise : « *[le projet d'établissement] doit être intégrateur et unir toutes les composantes autour d'objectifs forts et partagés, en un mot le projet doit affirmer une ambition, l'ambition de l'établissement* ». La politique contractuelle « *permet à chaque université, à chaque établissement d'enseignement supérieur d'affirmer sa propre personnalité, sa vocation spécifique à l'excellence, de mieux programmer son développement et de mieux maîtriser son avenir* ».

La politique contractuelle vise donc à unifier les universités par la mise en œuvre d'une politique de gouvernance, qui s'applique à la gestion des moyens et à la conduite de ses deux missions d'enseignement et de recherche. Cette exigence s'oppose donc à tout ce qui tend à ne faire des universités qu'une collection disparate d'autonomies, sans cohérence dans la gestion ni dans la production des connaissances.

Sur le plan de la gestion des moyens matériels et humains, qui relève en premier chef de la présidence de l'université, cette exigence de gouvernance répond à un objectif de gestion. Elle assure une meilleure utilisation des moyens, pour éviter les gaspillages, et permet une politique de redéploiement des emplois. Elle améliore les prestations par le brassage et l'interaction des connaissances. Cette politique nécessite donc, en premier lieu, un rééquilibrage des forces au sein de l'établissement, et par conséquent, un renforcement du rôle des présidents par rapport aux composantes, au service d'un véritable pilotage de l'ensemble.

Dans le domaine de la santé, les dispositions dérogatoires constituent donc un frein à une politique globale favorisant la souplesse, les redéploiements et la mutualisation, notamment pour le développement de stratégies interdisciplinaires. Compte tenu, notamment, des nécessaires synergies entre les disciplines de santé – médecine, odontologie et pharmacie - et d'autres disciplines telles que la biologie, la chimie ou encore le droit, l'économie ou la psychologie, il est évident que la « sanctuarisation » facultaire des personnels bi-appartenants peut constituer une contrainte et un facteur de rigidité. L'étendre aux personnels mono-appartenants,

comme le demandent les doyens de pharmacie, serait, du point de vue de la gouvernance des universités, une régression.

Dans le cas de la pharmacie, en outre, une telle régression serait d'autant moins justifiée que, même dans le cadre de l'intégration de cette discipline dans les CH&U voulue par la loi de janvier 2002, la part de pratique hospitalière dans les études elles-mêmes est beaucoup plus faible qu'en médecine ou en odontologie et ne justifierait pas vraiment un statut bi-appartenant de la majorité des personnels. La pharmacie est la seule des trois disciplines qui délivre un diplôme permettant l'exercice effectif de l'activité professionnelle (pour les non spécialistes qui constituent la majorité des étudiants) à bac+6. Elle pourrait donc aisément s'insérer, comme les autres disciplines de l'université, dans un schéma LMD en délivrant un master professionnel à ce niveau. Elle relève donc, plus encore que les deux autres disciplines, du droit commun des formations universitaires.

On pourrait d'ailleurs même s'interroger (comme le font certains présidents) sur la pertinence du maintien des dispositions dérogatoires.

Quoi qu'il en soit, il apparaît fondamental que, dans la mise en place de nouvelles conventions constitutives, la place du président de l'université, représentant légal de l'université, seule personne morale, soit renforcée, au double titre de l'interdisciplinarité et de l'interaction entre recherche et enseignement. En matière de recherche non clinique, lui seul est habilité à contracter avec les grands EPST comme l'INSERM ou le CNRS, cependant qu'en matière de recherche clinique, il doit connaître de l'utilisation des personnels bi-appartenants et des moyens universitaires qui y sont consacrés.

Dans la mesure où les conventions régissent les rapports entre l'hôpital et l'université et mettent en œuvre du côté universitaire des moyens et des responsabilités juridiques qui excèdent de beaucoup le cadre de la seule UFR, on peut légitimement s'interroger sur le caractère à l'heure actuel « subsidiaire » de la signature présidentielle sur les conventions constitutives, par rapport à celle des directeurs d'UFR. Il est souhaitable également que soit renforcé son rôle dans l'approbation de l'organisation des enseignements de deuxième et troisième cycle, et que lui soit reconnu un rôle dans la révision des effectifs hospitalo-universitaires. Enfin, les évolutions de la gouvernance des universités d'une part et des CHU d'autre part, devraient renforcer le rôle des présidents d'université, clarifier les rôles complémentaires des présidents et doyens, au sein des universités et des CHU, ainsi que l'implication réciproque des directeurs généraux et présidents de CME dans l'université et sa composante santé.

5.1.1.2 Les autres disciplines universitaires doivent être associées

Parmi les partenaires de la triple mission des CH&U, les universités constituent le lieu de la pluridisciplinarité la plus large de l'enseignement et de la recherche. Cette spécificité les distingue tant des hôpitaux, limités à la santé et centrés sur les soins, que des EPST :

- le CNRS est multidisciplinaire mais sa vocation exclusive est la recherche,
- l'INSERM a une vocation exclusive de recherche dans le domaine de la santé.

L'université seule peut constituer le foyer d'interaction nécessaire entre les disciplines de santé et les autres disciplines d'enseignement et de recherche en sciences, technologie, sciences sociales et sciences humaines. Même si le poids des habitudes disciplinaires et la force des cloisonnements freine encore trop souvent le développement de l'interdisciplinarité, celle-ci demeure un objectif prioritaire pour les établissements scientifiques, culturels et professionnels que sont les universités.

En matière d'enseignement, seuls les établissements d'enseignement supérieur et, en premier lieu les universités, souvent plus interdisciplinaires que les écoles sont à même de promouvoir l'interdisciplinarité la plus large. C'est ainsi, par exemple, qu'au cours des entretiens de la mission, plusieurs interlocuteurs ont pu souligner que la psychologie clinique, qui relève le plus souvent du domaine des universités de lettres et sciences humaines, pourrait avoir sa place dans le périmètre des CH&U. Plus généralement, les universités seules disposent des moyens pour mettre en place les formations interdisciplinaires qui se développent tant dans les premiers cycles que dans les niveaux ultérieurs. L'universitarisation des professions de santé, l'organisation en modules déclinés en ECTS et la multiplication souhaitée des passerelles pour lutter contre l'échec devraient faire croître ce besoin.

En matière de recherche, 80 % de l'activité des EPST est conduite dans des locaux universitaires au sein d'unités mixtes de recherche, regroupant chercheurs des EPST et enseignants chercheurs. Les universités sont au cœur du développement des Instituts Fédératifs de Recherche (IFR). Tous les IFR recensés au 1^{er} janvier 2003 dans les secteurs de la santé, des sciences de la vie et de l'environnement (c'est-à-dire 95) comportent une ou plusieurs composantes universitaires ou établissement d'enseignement supérieur. 26 d'entre eux sur 95 sont gérés par les universités, la majorité étant gérés par des EPST dont les unités sont implantées sur les campus universitaires.

Les interfaces entre les disciplines de santé, d'une part et les sciences telles que la chimie, la physique, les mathématiques, l'informatique et la biologie, d'autre part, mais aussi le droit, l'économie, les sciences humaines et sociales, ne cessent de se développer. C'est ainsi que dans un document stratégique de l'INSERM⁵⁴, son directeur relève : *« L'avenir de la recherche biomédicale nécessite de transférer les connaissances acquises en mathématiques, physique, chimie, informatique à la biologie et à la recherche biomédicale et en santé. »* Au nombre des objectifs qu'il assigne à l'organisme on relève : *« L'insertion des centres de recherche au sein des IFR et dans de véritables campus et/ou pôles régionaux, favorisant les interactions, l'interdisciplinarité et l'obtention d'une véritable masse critique scientifique et technique. »* ou encore : *« L'intégration de ces compétences dans des réseaux qui associent les médecins et les chercheurs de formation non médicales, les partenaires publics, les associations, les fondations et l'industrie ».*

L'objectif de l'interdisciplinarité occupe donc une place importante dans les démarches de contractualisation des établissements d'enseignement supérieur. Dès l'origine dans la circulaire précitée du 24 mars 1989, le ministre insistait sur la nécessité d'engager une réflexion *« en vue de la définition d'un premier cycle universitaire plus ouvert que le DEUG actuel. Le DEUG devrait en effet, par son caractère*

⁵⁴ « Missions, réalisation et propositions d'évolution » INSERM 2003.

pluridisciplinaire assurer une meilleure transition entre l'enseignement du second degré et le second cycle universitaire... ». En matière de formation et de recherche au niveau des troisièmes cycles, la mise en place d'écoles doctorales a, entre autres objectifs, favorisé l'interdisciplinarité par le développement de modules transversaux d'enseignement. En matière de recherche, le mécanisme du Bonus Qualité Recherche (BQR) encourage les projets interdisciplinaires.

L'exemple du contrat quadriennal 2002/2005 de l'université Paris V.

Cette université pluridisciplinaire regroupe sciences humaines et sociales, psychologie, droit, médecine, médecine légale, sciences biomédicales, odontologie, pharmacie, mathématiques, informatique et STAPS. 40 % de ses effectifs étudiants (32 507 étudiants) relèvent du domaine santé. Elle comporte 3 facultés de médecine de première importance (Necker-Enfants malades, Cochin Port Royal et Broussais Hôtel Dieu), qu'elle regroupe en une seule à la rentrée 2004 et auxquelles s'ajoutent la faculté de chirurgie dentaire de Montrouge et la faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques de Paris.

Le contrat quadriennal prévoit ainsi de « contribuer à l'émergence d'un véritable réseau universitaire autour de neurosciences (Sainte Anne, Cochin, Necker, pharmacie, psychologie, STAPS, Saints Pères, sciences humaines et sociales) ou de rapprochement sur des thématiques interdisciplinaires rassemblant d'un côté droit, médecine, pharmacie, odontologie et médecine légale et, d'un autre côté, sciences de la vie et médecine ».

Il ajoute : « L'université s'efforcera aussi de susciter et d'encourager directement les projets interdisciplinaire grâce aux modifications apportées dans l'utilisation du BQR. Ainsi, la moitié de celui-ci leur sera désormais spécifiquement destinée, dès lors que les projets émaneront de composantes de nature différente (par exemple neurosciences, droit et médecine, médecine ou pharmacie et sciences biologiques) ».

Plus loin les orientations prioritaires relatives à chacune des composantes comportent toutes la nécessité de rapprochements interdisciplinaires. Dans le chapitre intitulé « une offre de formation novatrice le premier élément s'intitule « Valorisation de la pluridisciplinarité et professionnalisation de l'offre » et indique comme axe prioritaire pour l'université : « Pour mieux répondre à des besoins bien identifiés émanant pour beaucoup du monde professionnel, l'université René Descartes renforcera la pluridisciplinarité² de son offre de formation.

Cette pluridisciplinarité, qui mobilisera l'ensemble des composantes de l'établissement, est d'autant plus pertinente que les enseignements se situent à un niveau avancé du cursus, qu'il s'agit de diplômes professionnels, et en particulier de licences professionnelles, de doubles cursus ainsi que de certains diplômes d'université (DU) ».

Cet exemple illustre à quel point l'enjeu interdisciplinaire touche désormais tous les niveaux de l'enseignement et de la recherche. Cette évolution, au demeurant est confortée au niveau européen par les orientations du 6^{ème} PCRDT qui encourage la pluridisciplinarité au moyen des nouveaux instruments qu'il met en place. C'est le cas en particulier des réseaux d'excellence qui combinent les activités de recherche et développement, de formation et de mise en réseaux de compétences et d'acteurs

pluridisciplinaires. Ils ont pour objectif de réduire les disparités et la fragmentation des activités de recherche en Europe et doivent conduire à la mise en place d'organes pérennes.

Ainsi la refondation des relations hospitalo-universitaires, à travers l'élaboration de nouvelles conventions à caractère plus stratégiques devrait-elle inclure l'ouverture interdisciplinaire. Dans ce contexte, l'université a un rôle majeur à jouer parce qu'elle est le lieu où cette dimension peut s'exercer à la fois pour la mission d'enseignement et pour la mission de recherche. Mais encore faut-il qu'en son sein soient renforcées les structures de pilotage et de coordination, quitte à réduire des autonomies héritées de l'histoire, qui peuvent freiner l'émergence indispensable d'une autonomie de l'université en tant qu'établissement cohérent.

5.1.1.3 La coopération de site avec les EPST doit être plus étroite

Etant déjà partie prenante aux contrats des universités, les EPST, INSERM et CNRS, peuvent logiquement être intégrés à la définition de la stratégie des CH&U et à leurs nouvelles relations contractuelles. En application de l'article L.6114-1, ils peuvent également être « appelés au contrat » d'objectifs et de moyens du CHU « pour tout ou partie de ses clauses ».

Pour optimiser cette relation, il conviendrait qu'en liaison avec leur stratégie nationale, définie de façon centralisée, les EPST concernés par la recherche dans les domaines de la santé (essentiellement INSERM et département sciences de la vie du CNRS) puissent compléter cette stratégie nationale par des politiques régionales adaptées aux sites concernés. Or, à l'heure actuelle, leur organisation limite les possibilités d'adaptations régionales de leurs stratégies. Il paraîtrait donc utile que leurs délégations régionales puissent recevoir, au moins en matière de recherche liée à l'activité des CH&U, une certaine autonomie et des délégations de pouvoirs leur permettant une adaptation plus fine et une implication qui prenne plus facilement en compte les objectifs de recherche des établissements concernés.

La synergie entre stratégie nationale et adaptation régionale devrait alors être renforcée au profit de la recherche dans les CH&U. La stratégie nationale des EPST pourrait ainsi influencer positivement sur l'action de recherche des CH&U, cependant qu'en retour leur stratégie nationale s'en trouverait enrichie. La capacité des EPST à décliner sur le plan régional leur politique nationale demande donc, notamment dans le cas des CH&U, à être renforcée pour en faire non seulement des « associés » aux contrats, mais de véritables acteurs de celui-ci.

Les EPST devraient donc participer à la préparation du contrat d'université et du COM, en amont du réexamen pluriannuel de la convention constitutive, à leur suivi, leur bilan et leur évaluation.

Cette coordination renforcée doit naturellement jouer sur chaque site entre les représentants du CH&U et ceux des EPST, au sein d'un comité consultatif unique, alors que les initiatives et accords-cadres actuels prévoient des coordinations séparées CNRS et INSERM. Elle doit s'exercer de façon croissante au niveau régional et inter-régional.

Les administrations déléguées régionales de l'INSERM et du CNRS ne coïncident pas entre elles, pas plus qu'avec les régions administratives, ou les inter-régions d'internes. Cette situation, qui pourrait être simplifiée, ne fait pas obstacle à ce qu'un représentant dûment mandaté de chacun des deux EPST ait au sein de ces différentes coordinations un rôle plus affirmé que les actuelles délégations régionales.

5.1.2 Les périmètres doivent être redéfinis

Au total, le périmètre du CH&U est doublement mal défini :

- en interne, tous les services de court séjour sont supposés hospitalo-universitaires, quelle que soit leur implication réelle dans la recherche et l'enseignement, notamment de troisième cycle, alors que des unités de court séjour n'ont parfois ni personnel hospitalo-universitaire, ni internes depuis de nombreuses années ; le décret de 1963 prévoit en effet que seuls les services de psychiatrie, de biologie, d'explorations fonctionnelles, de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, de radiologie, de moyen et long séjour « qui ne sont pas nécessaires à l'enseignement et la recherche médicale » peuvent être placés en-dehors du champ de l'ordonnance de 1958 : cette évaluation devrait être approfondie et systématique pour tous les services du CHU, reliée à l'agrément comme service formateur en deuxième et troisième cycle, pour une durée pluriannuelle ;
- en externe, les CH&U ont perdu de vue, sauf exception, notamment pour les centres anti-cancéreux, que les établissements associés devaient faire l'objet d'un partenariat stratégique sur l'enseignement et la recherche ; la formation des internes de spécialité est assurée dans près de deux cents centres hospitaliers non universitaires, sans qu'un tel partenariat ait été établi, sauf exception, même dans les établissements accueillant en permanence un nombre élevé d'internes (cf. annexe 15). Parmi les CHS, seuls 5 sont associés universitaires. Les établissements PSPH, hormis les 20 CLCC, et quelques exceptions franciliennes ou de province, ne sont pas plus illustratifs de ce partenariat. Or, les exemples étrangers montrent que les hôpitaux universitaires y sont plus ouverts sur leur environnement, les hôpitaux universitaires néerlandais contractant par exemple avec 4 établissements généraux, et ceux des Etats-Unis étant affiliés en moyenne à 8 établissements généraux.

La mission a noté que le besoin de services formateurs d'internes était fort dans certaines disciplines, notamment la gynécologie-obstétrique, où les établissements commerciaux pourraient, sous certaines conditions, participer à l'enseignement ; l'article L.6142-5 ne s'oppose pas en effet à ce qu'un établissement privé lucratif soit associé, mais le décret du 16 janvier 2004 sur le troisième cycle (comme le précédent décret de 1988) s'y oppose : la réforme de la T2A permet que des missions d'intérêt général soient financées dans ces établissements et pourrait être l'occasion d'élargir à ces établissements certains partenariats en matière d'enseignement, en priorité en gynécologie-obstétrique.

Enfin, l'interdisciplinarité doit conduire à ce que des universités sans composante santé (sciences humaines, psychologie, notamment) et des établissements

d'enseignement supérieur soient associés à certains CH&U, et à leurs contrats. Ils contribuent en effet à l'effort d'enseignement et de recherche sur le site concerné, comme le montre par exemple, le cas de l'école des mines de Saint-Etienne et de ce CH&U.

5.1.3 Le regroupement et l'atteinte de la taille critique sont essentiels.

Prises individuellement, nombre de nos universités présentent, même sur le seul plan national, une taille infra-critique du fait de leur partition. Selon les études de la direction de la recherche, raisonner non plus en termes d'établissement mais en termes de site change radicalement la dimension universitaire. Par exemple, Aix-Marseille, tous établissements confondus, atteint une taille supérieure à Paris V ou Paris VII en nombre d'enseignants chercheurs et de chercheurs ou en termes d'équipes liées à un EPST, et se placerait en deuxième position derrière Paris VI. La réunion de Bordeaux I et II, conférerait à l'ensemble une taille comparable aux grandes universités parisiennes. La visibilité nationale, et a fortiori internationale, préfigurée par les pôles européens, passe donc par le regroupement et la politique de site.

Le décloisonnement et la mise en place d'alliances entre établissements sont indispensables à toute politique de mutualisation des moyens, d'économies d'échelles et des synergies en matière de formation et de recherche.

Les universités quasi facultaires, pour lesquelles le secteur santé relève d'établissements distincts des disciplines scientifiques, type Lille ou Bordeaux, sont certes minoritaires. Mais, nombre d'universités restent encore organisées de manière trop cloisonnée avec des synergies insuffisantes entre les composantes. Si les procédures de contractualisation ont sensiblement amélioré la situation en faisant émerger de manière croissante une véritable gouvernance, organisée autour de la présidence et soutenue par l'action du ministère, il reste encore des marges appréciables de progression. Les négociations contractuelles doivent être systématiquement utilisées pour favoriser les décloisonnements. De ce point de vue, la mise en place du LMD se révèle un moyen efficace de renforcer cette tendance. L'autonomie des établissements, dont la condition est une gouvernance renforcée de l'établissement, devrait encore progresser.

Mais au-delà, les universités ont encore trop peu l'habitude de se concerter entre elles et il convient de développer tout ce qui favorise les interactions entre établissements, d'une part par une politique de sites, mais aussi par le renforcement des connexions interrégionales. C'est ainsi qu'à Lille ou à Bordeaux les projets communs entre universités santé et université des sciences, bien qu'en progression, sont encore jugés trop faibles par la direction de la recherche. En outre, alors que les quatre CHR du Nord Pas-de-Calais, de Picardie et des deux Normandies se fédèrent au sein du groupe appelé G4, les quatre universités correspondantes ne se sont pas encore concertées pour accompagner ce mouvement, au motif qu'elles n'auraient pas été consultées pour la mise en place du G4.

Il apparaît ainsi que si la procédure contractuelle, le LMD et l'action du ministère de l'éducation nationale favorisent la coopération entre établissements, il reste encore beaucoup à faire du côté des universités pour engager un mouvement d'interrégionalisation. La dimension interrégionale paraît en effet, à l'exemple de ce qui

a été fait pour les cancérôles (cf. supra) seule susceptible de répondre aux enjeux d'interdisciplinarité, de taille critique et de mutualisation des moyens au profit d'une optimisation des ressources. Il serait souhaitable de mettre en place de véritables biopôles rassemblant les universités, les centres hospitaliers, les CLCC, les génopôles, les plateaux techniques. Une telle mise en place aurait pour objectif de stimuler la recherche dans le domaine des sciences du vivant.

Se poserait cependant alors la question de l'impulsion politique et de la mise en place de moyens incitatifs. En effet, le succès des cancéropoles est aussi largement lié à l'impulsion politique de très haut niveau et à l'existence du plan cancer. Il a suscité une dynamique avec les collectivités locales et suppose un choix national sur les moyens consacrés par le pays aux sciences du vivant par rapport aux poids lourds de la recherche publique que sont le nucléaire, l'espace et l'aéronautique.

5.1.4 Des objectifs stratégiques et des incitations financières adaptées doivent être définis

Après avoir analysé les modalités différenciées selon lesquelles les CH&U répondent aux trois missions de recherche, d'enseignement et de soins, la mission estime que leur financement obéit à une logique spécifique qui doit être lisible dans le double cadre modernisé de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale.

S'agissant de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), le financement par l'Etat des CH&U et de leurs partenaires (INSERM, CNRS) relève quasi-exclusivement de la mission interministérielle « Recherche et enseignement supérieur », qui comprend les programmes suivants :

- « Formations supérieures et recherche universitaire » (actions « formations de niveau licence, master et doctorat » et « recherche en sciences de la vie, biotechnologie et santé »)
- « Recherche scientifique et technologique pluridisciplinaire » (action « recherche en sciences de la vie, biotechnologie et santé »).

S'agissant du financement par l'assurance-maladie, en cours de réforme pour les établissements de santé dans le cadre de la tarification à l'activité, la mission constate que parmi les « missions d'intérêt général » envisagées, celles découlant des effets indirects de l'enseignement et de la recherche, y compris les soins innovants ou particulièrement coûteux, ont un caractère spécifique, même si elles peuvent bénéficier à différents établissements de santé, notamment ceux associés aux CH&U (centres anti-cancéreux notamment) ; elles devraient donc être distinguées des autres missions d'intérêt général (précarité, SAMU-SMUR et centres 15, instituts de formation en soins infirmiers et paramédicaux...) et de l'accompagnement à la contractualisation. La mission préconise donc de créer des dotations spécifiques d'intérêt général enseignement et recherche (ou MIGER) et formule à cet égard trois propositions.

Proposition n°1 : rendre plus lisible dans le cadre de la LOLF les financements de l'Etat destinés aux CH&U et à leurs partenaires, par coordination au sein des différentes missions, programmes et actions de la loi de finances et dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé, en créant des dotations spécifiques d'intérêt général enseignement et recherche (MIGER, cf. propositions n° 2, 3 et 7).

5.1.4.1 *Le renforcement de la coopération interrégionale*

Comme l'avait proposé le rapport Ducassou Jaeck Leclerc, il est nécessaire d'identifier et financer séparément la rémunération des internes, sous une forme mutualisée entre établissements, par une dotation spécifique (MIG⁵⁵) ; un groupement interrégional faciliterait la remontée en charge du nombre d'internes et déconnecterait la sélection des services formateurs des contradictions budgétaires ; il permettrait en outre de financer des postes en temps médical partagé, sur le modèle des assistants partagés en région Nord-Pas-de-Calais. Au niveau national, pour environ 15.350 internes et résidents (hors FFI et DIS, source SAE 2001), dont deux tiers dans les CH&U (9.550), cela représente une dotation (MIG) de 540 M€ environ (coût salarial d'un interne 24 K€ annuels, soit 36 K€ avec charges, source DHOS bureau M2) dont 360 M€ environ pour les CH&U, à retirer des bases budgétaires actuelles, et à abonder au fur et à mesure de l'augmentation du nombre d'internes.

Proposition n° 2 : créer une dotation spécifique (d'intérêt général enseignement et recherche ou MIGER) pour financer les postes d'internes, sous une forme mutualisée au niveau de l'inter-région.

5.1.4.2 *Une plus grande valorisation de l'effort de recherche clinique*

La réforme de la T2A impose en effet d'identifier et financer séparément les dépenses de recherche clinique, financée par une dotation spécifique (MIG), distinguant dotations en base pour dépenses de structure (DRC, CIC, etc) et allocations pluriannuelles sur appel à projets national et local. Actuellement, seules les allocations sur appel à projet national sont correctement comptabilisées. Pour les seuls CH&U, une estimation de l'ordre de 100 M€ semble plus proche de la réalité que le montant recueilli par enquête de la DEP de 55 M€. Assurer une montée en charge de cette MIGAC destinée à l'ensemble des établissements actifs en recherche clinique (CHU, CLCC, autres le cas échéant) paraît un objectif utile de contractualisation sur 5 années.

Proposition n° 3 : créer une dotation spécifique (d'intérêt général enseignement et recherche ou MIGER) pour financer la recherche clinique.

5.1.4.3 *L'identification des temps médicaux consacrés à l'enseignement et la recherche*

Les contraintes nouvelles sur le temps médical hospitalier et les enjeux de recherche et d'enseignement imposent de mieux identifier les temps médicaux consacrés à la recherche et à l'enseignement. Cette évolution peut s'envisager d'ores et déjà en utilisant les possibilités des textes statutaires actuels, si des incitations financières et institutionnelles sont mises en place. Elles concerneraient en priorité les temps significatifs (une ou deux demi-journées par semaine) consacrés par les HU et le cas échéant les PH soit à l'enseignement soit à la recherche, a fortiori si ces temps s'entendent au-delà d'un service normal d'enseignement ou de recherche (que ne fixent pas les textes statutaires actuels).

⁵⁵ La réforme de la tarification à l'activité prévoit le maintien de dotations globales pour les missions d'intérêt général (MIG) et l'aide à la contractualisation (AC) : leur nature doit être prochainement définie par décret. Le montant de chaque MIGAC sera ajusté annuellement, dans le cadre de la LFSS.

Proposition n° 4 : inciter les établissements à identifier les temps médicaux-clés consacrés à la recherche et à l'enseignement, par les médecins hospitalo-universitaires, et par les praticiens hospitaliers.

Il est donc proposé de définir des effectifs cibles hospitalo-universitaires par CH&U (en combinant une approche par établissement à l'approche nationale par discipline qui existe déjà) afin de répartir redéploiements et créations éventuelles de titulaires HU plus équitablement entre les CH&U. Ces effectifs cibles seraient proportionnels aux effectifs étudiants (en différenciant les trois cycles) et affectés d'un coefficient de modulation au titre de la recherche labellisée, qui pourrait dans un premier temps varier par groupe de CH&U et dans des proportions comprises entre – 10 % et + 5 %.

Proposition n° 5 : définir des effectifs-cibles hospitalo-universitaires par CH&U (toutes disciplines confondues) et par discipline (au niveau national et inter-régional).

La part universitaire relève du financement classique des universités, qui n'est actuellement pas un financement global, traitement des enseignants-chercheurs compris ; définir des objectifs-cibles pallierait partiellement le caractère dérogatoire de la gestion des personnels HU. Le cas échéant, au choix du CH&U, certains redéploiements ou créations d'emplois pourraient être pourvus par des chargés d'enseignement ou des enseignants-associés. La part hospitalière des effectifs ainsi redéfinis pèse sur le budget hospitalier, et son coût de production (point ISA) : il est donc proposé que l'effectif supplémentaire admis au titre de la recherche ou de l'enseignement soit traité en frais de structure ou en dotation recherche (MIG), hors coût de production des soins. En effet, l'intensité de l'effort d'enseignement ou de recherche demandé à un CHU n'est pas corrélé au volume de soins qu'il produit : certains sont plus sollicités sur l'enseignement (nombre d'étudiants ou d'internes supérieur à la moyenne), d'autres sur la recherche (nombre de chercheurs et d'enseignants-chercheurs).

Proposition n° 6 : neutraliser dans les comparaisons de coût de production des soins les effectifs HU supplémentaires admis au titre de la recherche ou l'enseignement.

Ces financements de base des missions d'enseignement et de recherche ayant été ainsi assurés pour l'ensemble des établissements qui y participent, et notamment l'ensemble des CH&U, les effets indirects de ces missions sur le coût des soins pourraient être financés par l'enveloppe de 13 %, sous forme de dotations d'intérêt général (MIG) redistribuées sur critères objectifs : une partie des 13 % forfaitaires pourrait continuer d'être allouée forfaitairement à l'ensemble des établissements de type CH&U, c'est-à-dire les CHU et leurs établissements associés, pour la part d'activité retenue comme hospitalo-universitaire ; si cette part forfaitaire « enseignement-recherche » est calibrée par hypothèse à 5 %, un CLCC dont tous les pôles ou services seraient associés (formateurs et associés à la recherche) bénéficierait d'une allocation de 5 % ; un établissement autre, CHS, CH ou PSPH dont une partie de l'activité de court séjour serait visée par le partenariat d'association, à hauteur de 20 ou 50 % de son activité globale bénéficierait des 5 % sur 20 ou 50 % de son activité.

Proposition n° 7 : substituer à l'abattement forfaitaire historique de 13 % deux dotations spécifiques d'intérêt général (MIGER) pour l'effet indirect de l'enseignement et de la recherche, une partie forfaitaire pour tous les CH&U et une partie contractualisée sur indicateurs de l'effort effectif de recherche et d'enseignement.

Une autre part de cette MIGAC serait redistribuée entre les CH&U les plus actifs en recherche et enseignement, tels que déterminés plus haut. Cette activité spécifique peut être reconnue «collectivement » en restreignant les établissements bénéficiaires, CHU et CLCC, et en la redistribuant forfaitairement entre eux, au moins dans un premier temps, tant que des estimations meilleures des temps médicaux et coûts associés ne sont pas disponibles ; ainsi, si une MIGAC de 8 % est redistribuée sur un champ plus restreint, elle peut représenter pour ceux-ci environ 11 %, auxquels s'ajouteront les 5 % forfaitaires reçus par tous les CHU et CLCC. Pour les CH&U de catégorie 3, l'équilibre budgétaire par rapport à la situation actuelle (13 % forfaitaires) sera retrouvé par un développement de la recherche clinique et le financement des internes, ainsi que par une contractualisation sur l'augmentation des charges d'enseignement et l'émergence de la recherche. Les CHU les plus actifs en recherche pourraient se voir attribuer ainsi plus de 13 % d'effet indirect recherche-enseignement.

Une modalité alternative, mise en œuvre dans d'autres pays, notamment les Etats-Unis, consisterait à allouer l'une ou l'autre de ces enveloppes (voir les deux) selon la densité d'internes et résidents (par séjour ou par lit). Le financement des coûts indirects d'enseignement et de recherche (GME graduate medical education) est ainsi assuré par le programme Medicare par un surfinancement proportionnel à la densité d'internes et résidents par lit (IRB ratio interns and residents per bed), financement au séjour accru de 5,5 % par tranche de 0,1 internes et résidents par lit. Toutefois, le nombre d'internes par séjour apparaît très variable d'un CHU à un autre, reflétant probablement des situations historiques n'ayant pas été réexaminées.

En résumé, ces propositions visent à mettre en place des incitations positives pour atteindre des objectifs stratégiques en matière d'enseignement et de recherche :

- incitation à reconnaître des temps médicaux significatifs (HU et PH), à développer des indicateurs objectifs et opposables, et à favoriser l'évaluation de ces deux missions,
- incitation à faire progresser tous les établissements, du niveau de base au niveau d'excellence, en développant la recherche clinique, la recherche en émergence et la recherche labellisée, sur la base de stratégies, d'objectifs et d'indicateurs publics et opposables,
- incitation à développer les alliances en enseignement et recherche, en modernisant l'association, couplée à une incitation financière,
- incitation à renforcer la qualité de la formation de 3^{ème} cycle, en favorisant la coopération dans l'inter-région, une véritable évaluation des services formateurs et le réexamen des situations historiques.

5.2 Les différents scénarios possibles

Sur la base de ces constats et propositions, la mission distingue plusieurs scénarios possibles, en estimant que les tensions accumulées ou à venir sur chacune des

trois missions des CH&U, l'ensemble des personnels qui y travaillent, et particulièrement les hospitalo-universitaires, appellent des réponses nouvelles.

5.2.1 Deux scénarios législatifs sans convention constitutive : la fusion du CH&U et la fin des dispositions dérogatoires

Parmi les options que peuvent envisager les pouvoirs publics, sur la suggestion de tel ou tel groupe d'acteurs, figurent des options extrêmes dont la mission peut présenter les avantages et les inconvénients.

5.2.1.1 La fusion du CH&U en une seule personne morale

L'intégration du CH&U dans une personne morale unique bouleverserait tant l'université que l'hôpital. Côté universitaire, elle supposerait l'autonomisation des composantes santé des universités, au sens juridique et gestionnaire, qui paraît à la mission contraire aux options fondamentales de la politique universitaire, et nécessiterait une recomposition des universités actuelles. Côté hôpital, elle supposerait un choix de gouvernance entre les autorités politiques actuelles qui siègent dans les conseils d'administration de CHU et les autorités universitaires. Dans certains pays étrangers, une personne morale unique assure la triple mission du CH&U, ce qui suppose de mêler financements Etat et assurance-maladie, mais cette personne morale publique ou privée est généralement sous le contrôle des autorités universitaires, même si elle est distincte de l'université elle-même. Ce mouvement n'est envisageable que dans les plus grandes villes universitaires, en érigeant en universités de santé les composantes les plus spécialisées et par ailleurs les plus actives en recherche, ce qui les conduirait à maintenir des liens d'interdisciplinarité avec les autres universités. Les composantes santé des universités polyvalentes n'ont évidemment pas la taille critique sur la scène européenne ou internationale pour relever d'un tel scénario.

Pour un bénéfice gestionnaire assez hypothétique, ce scénario, qui rend par nature inutile toute convention constitutive, cumule des bouleversements très éloignés de la culture française.

5.2.1.2 La fin des dispositions dérogatoires

En revanche, le bilan de grande obsolescence fait sur les conventions constitutives et leurs textes réglementaires de cadrage, d'une part, l'importance des bouleversements et réformes intervenus depuis 1958, tant dans le monde hospitalier qu'universitaire, d'autre part, conduisent nécessairement à poser la question : à quoi sert encore la convention constitutive ? La labellisation du couple hôpital-université, d'ailleurs intangible depuis le début des années 1970, passe en effet par d'autres voies : décret ministériel pour le label CHR, situation quasiment de pur fait pour le CH&U francilien, héritier de l'unique faculté de médecine de Paris ; partout en France, les parties concernées ont renoncé depuis de nombreuses années à inscrire dans la convention constitutive la définition réelle du périmètre hospitalo-universitaire, ou même leurs rapports patrimoniaux ou financiers, qu'ils règlent par convention simple en tant que de besoin. Il est évidemment inutile d'y chercher une stratégie commune des deux acteurs qui ne repose sur aucun échange approfondi, ni évaluation conjointe, ni confrontation de processus contractuels désarticulés. La convention constitutive ne

serait-elle qu'une survivance de l'identité facultaire et un gage symbolique pour qu'échappent à l'autorité croissante du président d'université les effectifs hospitalo-universitaires, par ailleurs constants depuis une décennie, alors que le potentiel de recherche des EPST progresse seul ?

La bi-appartenance hospitalo-universitaire, et son statut spécifique, s'oppose certes à la fongibilité dans les autres emplois universitaires, mais finalement qui sert-elle ? Les intéressés, qu'elle isole, ou les universités, et l'Etat qui les finance, qui n'ont pas de motif de s'y intéresser, que le nombre des étudiants baisse pendant les années 70, stagne jusqu'en 1997, ou double comme il va le faire sur la prochaine décennie ?

Les pouvoirs publics pourraient donc s'interroger sur le maintien de la convention constitutive, telle que prévue par l'ordonnance de 1958, donc assortie des dispositions dérogatoires de 1984, et choisir de la supprimer. La définition de la stratégie, et le financement, pourraient relever entièrement du contrat de l'université et de l'autorité de son président. Les procédures de nomination et d'affectation demeurerait sous l'autorité des ministres. Le directeur de l'UFR, sous l'autorité du président, et par délégation, préparerait largement ces actes inscrits dans la politique de l'université, et participerait activement à la gouvernance du CHU. Les éléments essentiels de la réforme Debré seraient conservés, avec une stratégie forte du CH&U, cohérente avec celle, renforcée et élargie, de l'université, pour répondre aux enjeux nombreux des décennies à venir, en matière de démographie médicale, de recherche et de soins.

**

Ces deux options relèvent naturellement du niveau législatif.

5.2.2 Deux scénarios fondamentaux : l'articulation entre convention constitutive et contrats et la refondation réglementaire des conventions constitutives

5.2.2.1 La simple articulation des processus stratégiques

Le scénario minimal, sur lequel se sont prononcées favorablement les conférences universitaires et hospitalières, en pleine cohérence avec les grandes orientations des politiques universitaires et hospitalières menées depuis deux décennies, consiste à articuler enfin deux processus stratégiques aujourd'hui indépendants pour les deux composantes du CH&U.

Il ne nécessite aucune modification législative ou réglementaire :

- l'élaboration du contrat avec l'université, qui relève d'instructions ministérielles, doit prévoir que toutes les dispositions, notamment stratégiques et financières, intéressant la composante santé sont élaborées et signées avec le directeur général du CHR, et prévoient les éventuels financements respectifs apportés ;
- le contrat d'objectifs et de moyens du CHU, auquel l'université peut être partie prenante au titre des clauses concernant la recherche et l'enseignement, en application de l'article L. 6114-1 du code de la santé publique (« des instituts de

recherche et des universités peuvent être appelés au contrat, pour tout ou partie de ses clauses »), doit également être élaboré en associant l'université par sa composante santé ;

- le hiatus éventuel de calendrier entre un contrat d'université, dont la durée est actuellement de 4 ans, mais pourrait être allongée à 6 ans, et relève du domaine réglementaire, et un contrat d'objectifs et de moyens d'une durée choisie par les parties entre 3 et 5 ans, aux termes actuels de l'article L.6114-1, peut facilement être résolu par un amendement législatif, qui porterait cette fourchette de durée à 6 ans pour tous les établissements de santé ; en l'état, la fourchette permet de faire se rejoindre les calendriers par un cycle de transition.

Proposition n° 8 : articuler les deux processus de contractualisation de l'université et du CHU, en harmonisant leurs calendriers et leurs durées, en formalisant un volet santé du contrat de l'université, et un volet enseignement et recherche du contrat d'objectifs et de moyens du CHU, cohérents entre eux, élaborés par les deux composantes du CH&U et leurs partenaires. En application des textes actuels, « des instituts de recherche et des universités peuvent être appelés au contrat, pour tout ou partie de ses clauses », s'agissant du COM du CHU. Les instituts de recherche cosignent déjà le volet recherche du contrat quadriennal de l'université, et certains CHU ont été invités à cosigner certaines actions santé. Il est proposé de systématiser cette cosignature croisée et simultanée, pour l'ensemble de la stratégie enseignement et recherche en santé, commune aux deux composantes du CH&U et à leurs partenaires. Les autorités signataires incluent nécessairement les représentants légaux des institutions, président de l'université et directeur général du CHU respectivement, accompagnés le cas échéant des directeurs d'UFR et du président de la CME, respectivement, et les représentants des instituts de recherche. La signature de l'Etat, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, et directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, manifeste l'autorité et la responsabilité de l'Etat dans le pilotage et l'évaluation des grandes politiques publiques, enseignement supérieur, recherche et santé, et se traduit par des objectifs et des indicateurs explicites.

5.2.2.2 *La refondation réglementaire*

Mais la mission propose de dépasser cet accord minimal, et de formaliser cette articulation des deux contrats avec la convention constitutive, afin de lui donner sa base stratégique, une périodicité pluriannuelle (quelle qu'elle soit, 4 ans actuellement, voire plus) qui garantisse son actualisation et sa pertinence, et d'offrir ainsi un cadre d'évaluation explicite, approfondie et externe des trois missions, de leur périmètre, et de leur suivi. Cette modernisation des conventions constitutives, passe naturellement par une refonte complète des décrets de 1963, 1965 et 1970, qui s'impose en tout état de cause, pour constituer conjointement les CH&U de médecine et de pharmacie, particulièrement dans les CH&U où la convention constitutive n'a pas été actualisée depuis 1965 (Paris).

Proposition n° 9 : refonder entièrement le cadre réglementaire obsolète (décrets de 1963, 1965 et 1970), en définissant la convention constitutive comme la déclinaison en plans d'action pluriannuels de la stratégie commune définie par le contrat de l'université et celui de l'hôpital, le support d'une redéfinition pour la même durée des périmètres internes et externes du CH&U (agrément des unités de recherche et de formation pour 4 ans, partenaires associés pour la formation ou la recherche). En l'état des dispositions du code de l'éducation et de la santé publique, les directeurs d'UFR continuent de préparer la convention constitutive avec les directeurs généraux et la font approuver par les présidents d'université. La convention constitutive n'est plus soumise à approbation puisqu'elle décline une stratégie définie par l'Etat. Un dispositif de conciliation ou d'arbitrage, distinct de l'évaluation nationale périodique (cf. proposition n°20), doit être maintenu en cas de désaccord persistant au sein du CH&U. Il est actuellement prévu au niveau départemental, puis au niveau national à défaut d'accord, par l'article L.6142-12 du code de la santé publique. Le haut comité hospitalo-universitaire, prévu par l'article L.6142-15, pourrait être mis en place pour participer à cette conciliation et à l'évaluation nationale.

L'ajustement du calendrier des vagues de contractualisation est facile

Les universités à composante santé se répartissent en effet ainsi (cf. annexe 6) :

- vague C (2001-04) : Paris VI, VII, XII, XIII, Nancy et Strasbourg, soit 6 universités
- vague D (2002-05) : Paris V, XI et Versailles-St-Quentin, Antilles-Guyane et Lille, soit 5 universités,
- vague A (2003-06) : Bordeaux, Dijon, Lyon, St-Etienne, Grenoble, Montpellier, Toulouse, soit 7 universités
- vague B (2004-07) : toutes les autres universités soit 15.

Les universités à composante santé sont donc inégalement réparties dans les 4 vagues de contrats, sans que cela présente d'inconvénient majeur. Les universités franciliennes partenaires de l'AP-HP sont réparties sur les deux vagues C et D, ce qui est compatible en termes de calendrier. Il resterait le cas échéant à négocier entre les deux ministères cette répartition ou le regroupement des CH&U d'une même interrégion dans la même vague. Ainsi :

- au titre du G4, Amiens, Caen, Rouen pourraient passer de la vague B à la vague D pour rejoindre Lille ;
- au titre du G5, Dijon (vague A) et Besançon et Reims (vague B) pourraient rejoindre Strasbourg I en vague C.

Dans cette hypothèse, la convention constitutive :

- aurait la même périodicité que les contrats avec l'université et l'hôpital (qui la précéderaient, sur un calendrier harmonisé), et déclinerait en plans d'action et en objectifs et moyens spécifiques aux deux partenaires signataires (université et ses composantes santé, CHU) les orientations stratégiques de ces contrats articulés et signés des mêmes autorités, donc cohérents ;
- demeurerait préparée par les directeurs d'UFR, en application de l'article L.6142-7 du code de la santé, et serait approuvée par le président d'université, qui aura signé les deux contrats.

Dans le cadre de cette refonte des décrets de 1963, la mission préconise :

- de toiletter toutes les dispositions non actualisées depuis les réformes hospitalières et universitaires,
- de supprimer l'approbation des deux ministres sur la convention constitutive, qui n'a plus de sens (l'Etat est cosignataire de la stratégie qu'elle décline),
- de renvoyer aux conventions simples entre les parties les rapports de proximité (locaux, personnels, fluides, flux financiers, règlement intérieur),
- de supprimer le comité de coordination hospitalo-universitaire prévu par la loi du 31 décembre 1970, en laissant les deux parties se coordonner entre elles et avec leurs partenaires (autres établissements associés, EPST) ; l'article L.6142-13 qui prévoit l'avis favorable du CoCoHU sur la convention constitutive doit par ailleurs être abrogé, puisque ses membres sont signataires. Une circulaire inviterait par ailleurs les CH&U à assurer de façon adaptée, souple, mais formelle et régulière, leur propre gouvernance, aux différents niveaux (couple CHU-Université, coordination avec les deux EPST, INSERM et CNRS, ou une nouvelle représentation inter-régionale des instituts de recherche présents sur les campus des CH&U, coordination avec le CLCC ou les autres établissements associés).

Mais parallèlement, la mission propose :

- de mettre en place des financements contractualisés, tant pour l'hôpital que pour l'université, incitant à l'explicitation du temps médical (enseignement et recherche), et à l'évaluation du CH&U sur sa triple mission, en différenciant ces financements selon le niveau de performance sur chacune des trois missions ;
- de favoriser la coordination et la gouvernance du CH&U (interne et externe, avec les partenaires associés, autres établissements et EPST).

5.2.3 Deux conséquences inévitables : mettre fin aux fictions devenues historiques et assurer un pilotage décloisonné de la triple mission

5.2.3.1 Adapter les statuts des personnels et redéfinir les périmètres du CH&U

Les constats portés par la mission, à la suite de plusieurs rapports récents, conduisent à souligner que cinq principes non réexaminés depuis les textes fondateurs de 1958 se sont érodés au fil du temps et constituent en 2004 des fictions devenues historiques, qui ne résistent plus aux bouleversements de l'exercice médical hospitalier :

- la simultanéité des trois missions
- le temps médical illimité et non évalué
- l'intangibilité du périmètre du CH&U
- l'association au CH&U
- la maîtrise des flux de spécialisation par la formation de 3^{ème} cycle.

a) la simultanéité des trois missions

Elle a été progressivement remise en cause par les exigences de la spécialisation médicale, de la recherche, ou de l'enseignement : il faut ouvrir aux hospitalo-universitaires la possibilité statutaire reconnue d'exercer successivement les trois missions, s'ils le souhaitent, sous des formes contractualisées avec les autorités hospitalières et universitaires, dans un équilibre respectant les aspirations individuelles et les besoins collectifs, aux différents moments de la carrière ; il faut simultanément valoriser concrètement et symboliquement la participation des PH aux tâches d'enseignement et de recherche (cf. proposition n° et encadré p.).

Proposition n° 10 : ouvrir aux hospitalo-universitaires la possibilité statutaire reconnue d'exercer successivement les trois missions, s'ils le souhaitent, sous des formes contractualisées avec les autorités hospitalières et universitaires.

b) le temps médical illimité et non évalué

Avec les bouleversements introduits par la directive européenne 93-104 et la réduction du temps de travail, d'une part, et la tarification à l'activité d'autre part, il n'est plus possible dans les CH&U (et dans les établissements associés) de demeurer dans une opacité qui ne sert plus ni les intérêts des institutions, privées des moyens d'assurer leur développement, ni ceux des praticiens de tous statuts, soumis à des pressions d'autant plus contradictoires qu'elles s'ignorent mutuellement ; dans l'esprit des travaux engagés avec le concours de la MEAH ou de la MT2A, la mission préconise, non pas un décompte du temps de travail des praticiens quel que soit leur statut (assuré différemment par ailleurs dans le cadre des tableaux de service), mais un repérage et une valorisation des engagements forts sur chaque mission des hospitalo-universitaires, comme des praticiens hospitaliers ; cette identification et cette reconnaissance passent par une contractualisation interne des fonctions spécifiques et des temps médicaux supérieurs à 1 ou 2 demi-journées par semaine. Les fonctions concernées seraient les responsabilités d'enseignement, la coordination de DES, la direction d'un IFR ou une unité INSERM, d'une DRC ou un CIC, la participation à ces structures, etc.. Cette contractualisation a un sens qu'il y ait ou non, pour les PH, usage des demi-journées d'intérêt général.

Cf. proposition n° 4: inciter les établissements à identifier les temps médicaux-clés consacrés à la recherche et à l'enseignement, par les médecins hospitalo-universitaires, les praticiens hospitaliers.

c) l'intangibilité du périmètre du CH&U

Au sein du CHU, le décret de 1963 a conservé à ce jour le caractère hospitalo-universitaire de toute unité de court séjour. Seules les unités de psychiatrie, gériatrie, explorations fonctionnelles peuvent être placés hors du champ de l'ordonnance. Certains établissements ont préféré faire entre des unités de court séjour des choix d'encadrement médical, d'accueil des étudiants et internes, ou de recherche ; par ailleurs l'agrément annuel des services du CHU accueillant des internes est devenu une formalité parfois déconnectée de toute exigence pédagogique ; la mission préconise donc que le réexamen de la convention constitutive tous les quatre ans soit le moment

d'une réévaluation pour la même durée des services actifs en enseignement et en recherche labellisée et d'une contractualisation des financements versés au CH&U à ce titre (MIG-ER, SAN REMO, contrats) ; cet exercice étant réalisé en profondeur tous les quatre ans, comme pour les unités de recherche, les agréments de formation ne seraient donc plus délivrés par année mais pour quatre ans et soumis à évaluation approfondie.

Proposition n° 11 : renforcer l'évaluation des services formateurs, en la liant au réexamen quadriennal de la convention constitutive, et à la redéfinition du périmètre enseignement et recherche du CH&U ; l'agrément pour formation dans les services de CH&U serait ainsi délivré pour 4 ans, et non plus annuellement.

d) l'association au CH&U

Elle a été pour les établissements de santé le plus souvent vidée de son contenu, et demeure insuffisamment coordonnée pour les EPST ; la mission propose que les engagements réciproques des partenaires soient également contractualisés pour quatre ans sur les trois missions, en prévoyant les financements accordés à ce titre (par les mêmes outils, MIGAC, SAN REMO et contrat), puisque les établissements de santé partenaires respecteraient vis-à-vis de l'université, les EPST et les étudiants les mêmes droits et obligations que le CHU, en proportion des activités ainsi associées.

Proposition n° 12 : intégrer les conventions d'association dans la stratégie pluriannuelle des CH&U, définie par les contrats et déclinée dans la convention constitutive, et allouer des financements d'intérêt général enseignement et recherche, en proportion des activités associées.

e) la maîtrise des flux de spécialisation par la formation de 3^{ème} cycle

Elle est actuellement nulle, les internes choisissant pratiquement sans contrainte et leur spécialisation, et, par mutation ou installation ultérieure, leur région d'exercice. La mission préconise, à la suite du rapport DARNIS⁵⁶, de poursuivre la modernisation de la formation de 3^{ème} cycle, en assurant une régulation effective, et en renforçant la coopération inter-régionale, sous forme d'un groupement rémunérant les internes (cf. 5.1.4.1 et proposition n° 2).

Elle estime en effet que seule une coopération inter-régionale plus active et une régulation effective répondront aux enjeux démographiques ; il n'est pas crédible que chaque CHU offre actuellement (théoriquement) les 28 DES et 23 DESC en médecine et chirurgie ; des choix doivent être opérés, en cohérence avec les stratégies d'enseignement et de recherche contractualisées. La filiarisation du 3^{ème} cycle, accrue en 1999, demeure inaboutie, puisque aucune régulation n'est opérée au sein des deux grandes filières (spécialités médicales hors anesthésie, gynécologie et pédiatrie, spécialités chirurgicales hors gynécologie). Chaque région s'efforce de répartir les postes d'internes sans instructions précises de l'administration centrale, sans vision sur l'action des autres régions, au gré des contraintes locales, à l'exception de la région Aquitaine, où la conjonction prolongée de l'action volontariste de la DRASS et des autorités universitaires a permis dans la durée une maîtrise correcte et équilibrée du troisième cycle. Réalisée dans l'intérêt de la santé publique et de la démographie, elle

⁵⁶ rapport de la mission nationale de contrôle déjà cité.

répond aux intérêts de tous les acteurs, y compris les internes, et a été acceptée par leurs représentants.

Proposition n°13 : réexaminer en profondeur, à l'occasion de la réforme en cours du 3^{ème} cycle des études médicales, le dispositif actuel, en assurant dans l'ensemble des régions françaises une régulation effective des flux de spécialisation (DES, DESC), sur le modèle des actions menées depuis plus d'une décennie dans la région Aquitaine, et en renforçant la coopération inter-régionale en la matière. L'Etat doit définir et faire respecter des objectifs de formation de 3^{ème} cycle au niveau inter-régional, les autorités universitaires (coordonnateurs de DES-DESC, doyens) devant assumer leur responsabilité effective de choix de formation dans l'inter-région.

Pour simplifier et approfondir le travail des commissions d'ouverture de postes d'internes, leur répartition pourrait s'effectuer annuellement pour les deux semestres, et non chaque semestre.

Proposition n° 14 : en cohérence avec l'agrément quadriennal proposé pour les services formateurs de CHU, la répartition des postes d'internes pourrait être mieux régulée, et effectuée annuellement, permettant aux internes de prévoir plus facilement leurs changements semestriels.

En outre, les directions de gestion et d'études des deux ministères (DHOS, DGS, DES, DREES et DEP respectivement) doivent poursuivre la modernisation de leur système d'information et développer les études sur le troisième cycle des études médicales, dont la complexité et l'évolution demeurent mal connues, et nuisent à une prospective correcte des évolutions démographiques fines par spécialité.

Proposition n° 15 : accélérer considérablement la modernisation des systèmes d'information sur le troisième cycle et la réalisation des études sur les formations de troisième cycle, les flux de spécialisation et d'installation des jeunes praticiens à l'hôpital ou en ville, pour mieux maîtriser un dispositif de formation complexe et en pleine évolution.

Par ailleurs, des réponses adaptées doivent être trouvées pour mieux valoriser la participation des praticiens hospitaliers à l'enseignement et la recherche, particulièrement dans les CHU, et les tentatives menées en application du protocole du 13 mars 2000 signé avec les intersyndicales de praticiens hospitaliers, dont le bilan apparaît extrêmement limité, doivent être évaluées et réexaminées, soit pour les réaffirmer avec davantage de succès, soit pour les amender et les réorienter, si nécessaire dans des directions nouvelles.

La participation des praticiens hospitaliers à l'enseignement et la recherche doit être valorisée

Le dispositif mis en place par la circulaire du 4 avril 2002 (cf. 3.4.1 p. 60) a produit des effets concrets limités à la seule valence « enseignement », à la seule année universitaire 2002-2003, et à des effectifs réduits par le crédit de 0,686 M€ délégué aux universités. Si son évaluation est positive, il doit être réaffirmé et soutenu. L'article 4 du décret 86-555 du 14 mars 1986, qui limite à deux heures hebdomadaires le service d'enseignement dont peuvent être chargés les praticiens hospitaliers, doit être modifié comme annoncé. Les crédits notifiés aux universités en 2002 doivent être confirmés par la DPE. Enfin la valence recherche, dont le principe était prévu en 2000, doit être mise en place et financée.

Dans l'optique de la mission, le financeur est d'ailleurs presque indifférent : c'est en principe l'Etat ; par défaut, ce peut être l'assurance-maladie. Les établissements (universités, EPST, CHU) peuvent aussi l'assurer sur leurs fonds propres ou crédits disponibles, ou sur des financements privés qu'ils peuvent recueillir, venant soit de l'industrie, soit d'associations.

En revanche, il est stratégique que ces temps, qui relèvent des missions d'enseignement et de recherche, soient identifiés en tant que tels, et défalqués du coût de production des soins, donc imputés à une des enveloppes (MIGAC) enseignement-recherche, prenant le relais des 13 % actuels. Avec la T2A, les établissements sont désormais incités à identifier, d'une façon qui peut d'ailleurs être progressive, les fonctions et temps significatifs, qui nourriront les évaluations et indicateurs, nécessaires dans le cadre de la convention constitutive modernisée, réexaminée à chaque période contractuelle, et justifiant ainsi de l'émargement du CH&U aux différents financements incitatifs proposés (cf. supra).

Proposition n° 16 : sous réserve d'une évaluation positive, confirmer et généraliser les dispositions concrètes et pragmatiques prises en 2002 pour mieux valoriser la participation des praticiens hospitaliers à l'enseignement et la recherche, ou les réorienter.

Toutefois ces règles du jeu introduisant une nouvelle dynamique entre partenaires autour de chaque CH&U ne sauraient prospérer sans un pilotage beaucoup plus actif des pouvoirs publics, actuellement dépourvus d'information, et d'évaluation et sans poursuivre la modernisation des partenariats en matière d'enseignement et de recherche.

5.2.3.2 Assurer un pilotage décloisonné de la triple mission à la hauteur des enjeux démographiques, de santé publique, et de recherche

La mission préconise de mettre en place une structure de pilotage, de prospective et d'évaluation, au niveau des administrations centrales concernées, et de mandater une instance d'évaluation nationale indépendante, comme le Comité national de l'Evaluation.

a) le pilotage national et régional

Le défaut de coordination et de fixation des priorités entre les deux ministères, pour lesquels les problèmes hospitalo-universitaires ont un caractère largement dérogatoire, sinon extraterritorial, n'est pas favorable au traitement des problèmes réels que rencontrent les CH&U. Une attention coordonnée beaucoup plus active devrait être portée aux problèmes hospitalo-universitaires :

- au sein de chaque ministère, une direction ou une mission devrait être désignée comme pilote et interlocuteur principal du cabinet du ministre, et coordonner en interne les directions concernées ; les deux directions ou missions pilotes devraient se coordonner très régulièrement et animer conjointement les travaux des deux administrations centrales dans ce domaine complexe, au carrefour de deux grandes politiques publiques ; cette coordination peut s'appuyer sur les structures existantes ou prendre une forme interministérielle ;
- la coordination régionale doit également être clarifiée : la représentation du recteur au sein des commissions régionales de répartition des postes d'internes ne semble pas s'appuyer sur la mise en œuvre effective d'une compétence sur l'université ; au sein du ministère chargé de la santé, le DRASS est compétent en application de la loi⁵⁷ sur l'organisation du troisième cycle des études médicales, mais le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation conduit la politique hospitalière dans la région, et finance les établissements de santé ; l'ordonnance du 4 septembre 2004 avait esquissé une clarification des compétences sur les établissements, qui ne pourra être parachevée que par la création prévue des agences régionales de santé ; en l'état la situation n'est pas satisfaisante, et, a minima, le DARH devrait se voir reconnaître, en application de cette ordonnance, une compétence de coordination sur les questions hospitalo-universitaires, puisqu'il signe les contrats d'objectifs et de moyens avec les CHU ;
- les études prospectives et statistiques doivent incontestablement être renforcées dans ce cadre général, afin de préparer les travaux des administrations et les décisions des ministres ; en particulier, les systèmes d'information, actuellement non partagés, doivent être modernisés. La DHOS devrait notamment articuler le système d'information et de gestion des praticiens (SIGMED) et celui de l'éducation nationale pour y suivre plus finement et spécifiquement la situation des hospitalo-universitaires, notamment leur établissement de santé d'affectation, et repérer, en liaison avec les établissements, les engagements des praticiens hospitaliers dans les missions d'enseignement et de recherche.

⁵⁷ L'article L.632-10 du code de l'éducation (modifié par la loi 2002-73 du 17 janvier 2002) prévoit que « La liste des services et des départements formateurs et la répartition des postes d'internes dans les services et départements sont arrêtés par le représentant de l'Etat dans la région après avis d'une commission dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret... Pour évaluer les besoins de santé de la population, les ministres chargés des universités et de la santé consultent des commissions régionales et une commission nationale. Leur composition, leur rôle et leurs modalités de fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'Etat. La composition des commissions régionales assure la parité entre l'ensemble des professionnels de santé et les autres représentants ».

Proposition n° 17 : formaliser la coordination entre les ministères chargés de la santé, l'enseignement supérieur et la recherche sur les questions hospitalo-universitaires, et la coordination interne à chacun des deux grands ministères, en créant une mission spécifique au sein du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, et en clarifiant les responsabilités au niveau régional entre directeur de l'agence régionale d'hospitalisation (DARH) et directeur régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

Proposition n° 18 : renforcer la priorité donnée aux études conjointes des deux ministères (DREES et DEP) sur les formations de santé et les réformes en cours ou en préparation, dans le cadre de la coordination interministérielle précitée (proposition n° 17).

b) une évaluation nationale renforcée

En matière d'évaluation, la mission note qu'une seule instance d'évaluation externe est active, et dotée de moyens suffisants pour conduire ses travaux avec des universitaires français et, plus rarement, étrangers. Il s'agit du Comité national d'Evaluation⁵⁸ (CNE), qui a produit depuis sa création, des évaluations externes intéressantes sur nombre d'universités ou de sujets transversaux. Faute de moyens, il n'a pu toutefois développer une capacité d'évaluation systématique sur les 33 universités à composante santé, ni procéder à leur évaluation régulière : le rythme actuel d'environ une décennie ne permet pas de constituer une méthodologie suffisamment stable. Le débat actuel sur la recherche et l'enseignement supérieur pourrait conduire les pouvoirs publics à créer une agence renforcée chargée d'évaluer les universités et établissements de recherche.

La mission préconise qu'une instance unique ait un mandat clair d'évaluation externe, avec participation d'experts étrangers, pour évaluer les CH&U sous leur triple mission. Cette instance peut prendre la forme d'une autorité indépendante hospitalo-universitaire, ou d'un département particulier du CNE, ou de son successeur, en liaison éventuelle avec l'ANAES, afin de couvrir les trois missions des CH&U, et la cohérence des stratégies déployées. Cette instance pourrait s'appuyer sur le haut comité hospitalo-universitaire, prévu par l'ordonnance du 24 avril 1996 (article L. 6142-15 du code de la santé publique), mais jamais mis en place.

Selon le rythme de la contractualisation, une évaluation tous les 4 à 6 ans, renforcerait la pertinence des stratégies locales, en leur donnant une indispensable ouverture nationale et européenne, voire internationale.

Proposition n° 19 : renforcer l'évaluation nationale des CH&U, sur leurs trois missions, en donnant au Comité National d'Evaluation, en liaison avec les autres instances d'évaluation concernées (actuelles : INSERM, CNRS, ANAES, ou potentielles : haut comité hospitalo-universitaire, conseillers généraux des hôpitaux...), les moyens de procéder à une évaluation plus fréquente des CH&U (4 à 6 ans au lieu de 10 ans actuellement pour les universités à composante santé).

⁵⁸ Mis en place en 1985, son premier président a été le mathématicien Laurent Schwartz. Cf. le site du CNE www.cne-evaluation.fr et le guide d'autoévaluation des universités dit Livre des références. MJENR 2003.

c) la valorisation de la recherche

La mission propose de façon générale de différencier le rôle et le financement des CH&U selon leur degré de performance sur les trois missions. Dans ce cadre, une meilleure valorisation de la recherche doit être encouragée.

Les établissements publics de santé pourraient ainsi se voir confirmer leur participation, en tant que service public, à la recherche publique, et au service public de l'enseignement supérieur, d'une part ; ceci pourrait passer par une explicitation de l'article 14 de la loi n°82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France (dite loi Chevènement). Cet article indique que la recherche publique « est organisée dans les services publics, notamment les universités et les établissements publics de recherche, et dans les entreprises publiques »⁵⁹.

D'autre part, les CHU les plus actifs en recherche labellisée pourraient être autorisés à « prendre des participations, à constituer des filiales, et à participer à des groupements », comme les EPSCP⁶⁰ et les EPST. Cette précision, souhaitée par la FHF et les assises de Nice, pourrait être apportée à l'article L.7145-7 du code de la santé publique, qui autorise déjà les établissements publics de santé à « assurer des prestations de service, exploiter des brevets et licences ». L'article L.125-3 du code de l'éducation définit également les conditions d'intervention des services des activités industrielles et commerciales (SAIC), que peuvent créer les universités pour gérer ces activités. Il conviendrait d'explicitier que les CHU (les plus actifs) peuvent participer à ces SAIC en joignant leurs compétences à celles des universités et valoriser conjointement leurs activités.

Enfin, les personnels hospitalo-universitaires bénéficient explicitement des dispositions de la loi du 12 juillet 1999 sur l'innovation et la recherche, qui permet aux chercheurs de participer, à titre personnel, en qualité d'associé ou de dirigeant à la création d'une entreprise, d'apporter leur concours scientifique, ou de détenir une participation dans une entreprise qui assure la valorisation de leurs travaux de recherche. Une circulaire du 7 octobre 2002 précise qu'il en va de même des fonctionnaires, agents des CHU. Mais les praticiens hospitaliers, agents publics non fonctionnaires, devraient bénéficier des mêmes dispositions, a fortiori s'ils ont bénéficié de « valences » recherche.

⁵⁹ La FHF et les assises hospitalo-universitaires de Nice ont ainsi proposé la précision suivante : « notamment les universités, *les centres hospitaliers et universitaires*, et les établissements publics de recherche... ». La seconde proposition de la FHF visant à conférer aux CHU le double statut d'établissement public de santé et de recherche aurait en revanche des conséquences excessives, notamment en ouvrant la possibilité d'un contrat quadriennal direct avec l'Etat (sans l'université).

⁶⁰ Le statut d'établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel est défini par l'article L.711-1 du code de l'éducation et autorise la prise de participations et la constitutions de filiales. Il s'applique aux universités, aux écoles et instituts d'enseignement supérieur extérieurs aux universités, aux écoles normales supérieures et aux grands établissements. Les articles 19 et 19-1 de la loi n°82-610 citée accordent les mêmes facultés aux EPST (voir note 5 pour leur statut).

Proposition n° 20 : modifier l'article L. 6145-7 du code de la santé publique pour autoriser les CHU les plus actifs en recherche labellisée à « prendre des participations, à constituer des filiales, et à participer à des groupements » et prendre toutes dispositions complémentaires pour favoriser la valorisation de la recherche par les CH&U (explicitation des lois de 1982 et 1999, et de l'article L.125-3 du code de l'éducation relatif aux services des activités industrielles et commerciales des universités ou SAIC).

Enfin la mission propose de favoriser différentes formes de groupement hospitalo-universitaires associant ou intégrant l'université, qui pourraient répondre à des objectifs variés (cancer, recherche, coopération inter-régionale).

5.2.3.3 *Expérimenter différentes formes de groupements hospitalo-universitaires*

Des groupements de coopération sanitaire (GCS) ont été constitués entre 1996 et 2003 entre « deux ou plusieurs établissements de santé » pour gérer des équipements d'intérêt commun, notamment équipements lourds d'imagerie médicale (IRM ou scanner). L'article L.6133-1 du code de la santé publique, récemment modifié par l'ordonnance du 4 septembre 2003 autorise désormais des possibilités et missions plus larges. Il indique toutefois que : « D'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins peuvent faire partie d'un GCS à condition d'y être autorisés par le DARH ». Il ne semble donc pas qu'en l'état, l'université puisse être membre d'un GCS, alors qu'elle peut l'être d'un GIE, GIP, ou GIS dont seraient membres des établissements de santé.

En revanche, aux termes de l'article L.6142-5, le GCS « organisme public ou privé » peut être associé au CH&U, comme les CLCC actuellement. Ainsi, les GCS pôles de cancérologie en cours de constitution entre CHU et CLCC d'une même ville pourraient être de nouveaux « associés » du CH&U, fournissant ainsi aux CLCC, ou à certains d'entre eux, un degré plus fort d'intégration au CH&U, mettant le CLCC et le CHU « à parité » au sein du groupement pour les missions confiée à celui-ci. Outre cet avantage de « gouvernance », le GCS pourrait se voir désormais affecter des praticiens ou personnels, gérés en compte commun entre le CHU et le CLCC, ce qui semble plus clair que les relations « classiques » entre CLCC et CHU, s'agissant notamment des personnels hospitalo-universitaires. Ce premier type de GCS associé à l'université permettrait déjà de rénover l'association au CH&U.

Un degré supplémentaire d'intégration pourrait être fourni si l'article L.6133-1 était modifié pour permettre que des « instituts de recherche ou des universités » puissent également « faire partie d'un GCS à condition d'y être autorisés par le DARH. », sous réserve de définir les objectifs et la gouvernance d'un tel groupement hospitalo-universitaire, appellation qui pourrait être réservée par la loi. Sont notamment à définir les objets du GCS ou du GHU, ses droits de vote, en principe proportionnels aux apports, financiers ou en personnels, avec ou sans capital, et pour tout ou partie des objets du GCS.

Sans modifier les principes législatifs actuels, qui définissent le CH&U et le CHU, de nouvelles formes de groupement hospitalo-universitaires (associés ou intégrés si la loi le prévoit) pourraient être prévus et expérimentés pour répondre à différents types de besoins hospitalo-universitaires :

- gestion opérationnelle au sein de l'AP-HP, dont les GHU n'ont pour l'instant pas d'existence juridique, mais pourraient être prévus par le texte rénovant le décret de 1963. De même que rien ne s'oppose à ce qu'un CH&U unique soit constitué avec deux CHR (Montpellier-Nîmes et Antilles-Guyane), les dispositions légales ne s'opposent pas à ce qu'un CH&U unique soit constitué avec plusieurs universités à Paris. Il paraît cependant utile de prévoir que ce CH&U unique résulte de plusieurs conventions constitutives correspondant aux périmètres universitaires et hospitaliers des GHU actuels. Un GCS associé ou intégrant les universités pourrait être un support de coopération utile dans ce contexte ;
- groupement de coopération inter-régional soins enseignement et recherche (cancéropole) associant ou intégrant des universités,
- groupement de coopération CHU-CLCC associant ou intégrant l'université, voire d'autres partenaires,
- groupement de coopération sur des territoires spécifiques (outre-mer) associant un ou des CHU, des établissements de santé de référence et une université locale sans composante santé.

Proposition n° 21 : expérimenter différents types de groupements hospitalo-universitaires associant ou intégrant l'université pour répondre aux besoins des CH&U et de leurs partenaires concernant la triple mission de recherche, enseignement et soins, et modifier l'article L.6133-1 du code de la santé publique pour autoriser explicitement les universités et instituts de recherche à participer à un groupement de coopération sanitaire (GCS).

* *
*

CONCLUSION

Les liens sur lesquels ont été établis autrefois les CH&U, afin de leur permettre d'accomplir simultanément une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, sont désormais obsolètes.

Les périmètres des missions de recherche, d'enseignement de premier, deuxième ou troisième cycle, et les soins de recours sont différents et les CH&U remplissent d'ailleurs de façon très variable leurs missions.

Faute de système d'information adéquat et de règles claires, les CH&U manquent d'une stratégie d'ensemble explicite, qui permette sur un site donné, de rassembler les forces en présence dans une dynamique de progrès.

Par ailleurs, d'autres organismes ont vocation à être leurs partenaires et les établissements doivent être fortement incités à se rassembler et à s'unir pour obtenir une taille critique suffisante.

La réforme du financement (tarification à l'activité) et le développement de la contractualisation des universités fournissent une occasion cohérente de rendre plus dynamique le financement des missions d'intérêt général des CH&U et de leurs partenaires en matière de recherche, d'enseignement, de soins innovants et de recours.

Des réformes importantes sont nécessaires rapidement pour assurer la rénovation du dispositif.

Françoise LALANDE
Inspection générale des affaires générales

Jean DEBEAUPUIS
Inspection générale des affaires générales

Thierry MALAN
Inspection générale de l'administration de
l'éducation nationale et de la recherche

Thierry SIMON
Inspection générale de l'administration de
l'éducation nationale et de la recherche

21 Propositions pour refonder le lien entre l'Université et le CHU, en lui donnant une base stratégique, et en favorisant le dynamisme, la complémentarité et la performance des établissements

Proposition n°1 : rendre plus lisible dans le cadre de la LOLF les financements de l'Etat destinés aux CH&U et à leurs partenaires, par coordination au sein des différentes missions, programmes et actions de la loi de finances et dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé, en créant des dotations spécifiques d'intérêt général enseignement et recherche (MIGER, cf. propositions n°2, 3 et 7).

Proposition n°2 : créer une dotation spécifique (d'intérêt général enseignement et recherche ou MIGER) pour financer les postes d'internes, sous une forme mutualisée au niveau de l'inter-région.

Proposition n°3 : créer une dotation spécifique (d'intérêt général enseignement et recherche ou MIGER) pour financer la recherche clinique.

Proposition n°4 : inciter les établissements à identifier les temps médicaux-clés consacrés à la recherche et à l'enseignement, par les médecins hospitalo-universitaires, et par les praticiens hospitaliers.

Proposition n°5 : définir des effectifs-cibles hospitalo-universitaires par CH&U (toutes disciplines confondues) et par discipline (au niveau national et inter-régional).

Proposition n°6 : neutraliser dans les comparaisons de coût de production des soins les effectifs HU supplémentaires admis au titre de la recherche ou l'enseignement.

Proposition n°7 : substituer à l'abattement forfaitaire historique de 13% deux dotations spécifiques d'intérêt général (MIGER) pour l'effet indirect de l'enseignement et de la recherche, une partie forfaitaire pour tous les CH&U et une partie contractualisée sur indicateurs de l'effort effectif de recherche et d'enseignement.

Proposition n°8 : articuler les deux processus de contractualisation de l'université et du CHU, en harmonisant leurs calendriers et leurs durées, en formalisant un volet santé du contrat de l'université, et un volet enseignement et recherche du contrat d'objectifs et de moyens du CHU, cohérents entre eux, élaborés par les deux composantes du CH&U et leurs partenaires. En application des textes actuels, « des instituts de recherche et des universités peuvent être appelés au contrat, pour tout ou partie de ses clauses », s'agissant du COM du CHU. Les instituts de recherche cosignent déjà le volet recherche du contrat quadriennal de l'université, et certains CHU ont été invités à cosigner certaines actions santé. Il est proposé de systématiser cette cosignature croisée et simultanée, pour l'ensemble de la stratégie enseignement et recherche en santé, commune aux deux composantes du CH&U et à leurs partenaires. Les autorités signataires incluent nécessairement les représentants légaux des institutions, président de l'université et directeur général du CHU respectivement, accompagnés le cas échéant des directeurs d'UFR et du président de la CME, respectivement, et les représentants des instituts de recherche. La signature de l'Etat, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, et directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, manifeste l'autorité et la responsabilité de l'Etat dans le pilotage et l'évaluation des grandes politiques publiques, enseignement supérieur, recherche et santé, et se traduit par des objectifs et des indicateurs explicites.

Proposition n°9 : refonder entièrement le cadre réglementaire obsolète (décrets de 1963, 1965 et 1970), en définissant la convention constitutive comme la déclinaison en plans d'action pluriannuels de la stratégie commune définie par le contrat de l'université et celui de l'hôpital, le support d'une redéfinition pour la même durée des périmètres internes et externes du CH&U (agrément des unités de recherche et de formation pour 4 ans, partenaires associés pour la formation ou la recherche). En l'état des dispositions du code de l'éducation et de la santé publique, les directeurs d'UFR continuent de préparer la convention constitutive avec les directeurs généraux et la font approuver par les présidents d'université. La convention constitutive n'est plus soumise à approbation puisqu'elle décline une stratégie définie par l'Etat. Un dispositif de conciliation ou d'arbitrage, distinct de l'évaluation nationale périodique (cf. proposition n°20), doit être maintenu en cas de désaccord persistant au sein du CH&U. Il est actuellement prévu au niveau départemental, puis au niveau national à défaut d'accord, par l'article L.6142-12 du code de la santé publique. Le haut comité hospitalo-universitaire, prévu par l'article L. 6142-15, pourrait être mis en place pour participer à cette conciliation et à l'évaluation nationale.

Proposition n°10 : ouvrir aux hospitalo-universitaires la possibilité statutaire reconnue d'exercer successivement les trois missions, s'ils le souhaitent, sous des formes contractualisées avec les autorités hospitalières et universitaires.

Proposition n°11 : renforcer l'évaluation des services formateurs, en la liant au réexamen quadriennal de la convention constitutive, et à la redéfinition du périmètre enseignement et recherche du CH&U ; l'agrément pour formation dans les services de CH&U serait ainsi délivré pour 4 ans, et non plus annuellement.

Proposition n°12 : intégrer les conventions d'association dans la stratégie pluriannuelle des CH&U, définie par les contrats et déclinée dans la convention constitutive, et allouer des financements d'intérêt général enseignement et recherche, en proportion des activités associées.

Proposition n°13 : réexaminer en profondeur, à l'occasion de la réforme en cours du 3^{ème} cycle des études médicales, le dispositif actuel, en assurant dans l'ensemble des régions françaises une régulation effective des flux de spécialisation (DES, DESC), sur le modèle des actions menées depuis plus d'une décennie dans la région Aquitaine, et en renforçant la coopération inter-régionale en la matière. L'Etat doit définir et faire respecter des objectifs de formation de 3^{ème} cycle au niveau inter-régional, les autorités universitaires (coordonnateurs de DES-DESC, doyens) devant assumer leur responsabilité effective de choix de formation dans l'inter-région.

Proposition n°14 : en cohérence avec l'agrément quadriennal proposé pour les services formateurs de CHU, la répartition des postes d'internes pourrait être mieux régulée, et effectuée annuellement, permettant aux internes de prévoir plus facilement leurs changements semestriels.

Proposition n°15 : accélérer considérablement la modernisation des systèmes d'information sur le troisième cycle et la réalisation des études sur les formations de troisième cycle, les flux de spécialisation et d'installation des jeunes praticiens à l'hôpital ou en ville, pour mieux maîtriser un dispositif de formation complexe et en pleine évolution.

Proposition n°16 : sous réserve d'une évaluation positive, confirmer et généraliser les dispositions concrètes et pragmatiques prises en 2002 pour mieux valoriser la participation des praticiens hospitaliers à l'enseignement et la recherche, ou les réorienter.

Proposition n°17 : formaliser la coordination entre les ministères chargés de la santé, l'enseignement supérieur et la recherche sur les questions hospitalo-universitaires, et la coordination interne à chacun des deux grands ministères, en créant une mission spécifique au sein du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, et en clarifiant les responsabilités au niveau régional entre directeur de l'agence régionale d'hospitalisation (DARH) et directeur régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

Proposition n°18 : renforcer la priorité donnée aux études conjointes des deux ministères (DREES et DEP) sur les formations de santé et les réformes en cours ou en préparation, dans le cadre de la coordination interministérielle précitée (proposition n°17).

Proposition n°19 : renforcer l'évaluation nationale des CH&U, sur leurs trois missions, en donnant au Comité National d'Evaluation, en liaison avec les autres instances d'évaluation concernées (actuelles : INSERM, CNRS, ANAES, ou potentielles : haut comité hospitalo-universitaire, conseillers généraux des hôpitaux...), les moyens de procéder à une évaluation plus fréquente des CH&U (4 à 6 ans au lieu de 10 ans actuellement pour les universités à composante santé).

Proposition n°20 : modifier l'article L. 6145-7 du code de la santé publique pour autoriser les CHU les plus actifs en recherche labellisée à « prendre des participations, à constituer des filiales, et à participer à des groupements » et prendre toutes dispositions complémentaires pour favoriser la valorisation de la recherche par les CH&U (explicitation des lois de 1982 et 1999, et de l'article L.125-3 du code de l'éducation relatif aux services des activités industrielles et commerciales des universités ou SAIC).

Proposition n°21 : expérimenter différents types de groupements hospitalo-universitaires associant ou intégrant l'université pour répondre aux besoins des CH&U et de leurs partenaires concernant la triple mission de recherche, enseignement et soins, et modifier l'article L.6133-1 du code de la santé publique pour autoriser explicitement les universités et instituts de recherche à participer à un groupement de coopération sanitaire (GCS).

ANNEXES

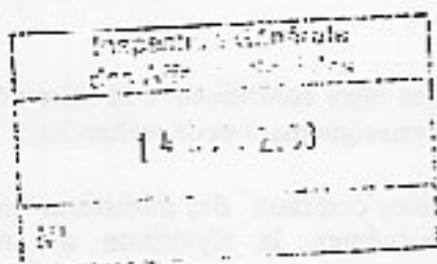
LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 :** Lettre de mission
- Annexe 2 :** Liste des personnes rencontrées
- Annexe 3 :** Carte des CH&U, CLCC et cancéro-pôles
- Annexe 4 :** Textes législatifs et réglementaires applicables (conventions constitutives et d'association)
- Annexe 5 :** Tableau récapitulatif des conventions constitutives et d'association
- Annexe 6 :** Vagues de contractualisation des universités
- Annexe 7 :** Liste des instituts fédératifs de recherche
- Annexe 8 :** La recherche au CH&U de Lille
- Annexe 9 :** Etude sur le coût de l'étudiant à l'université de Strasbourg I (Louis Pasteur)
- Annexe 10 :** Prospective 2002-2012 des filières santé
- Annexe 11 :** Critères analytique de répartition des moyens (SAN REMO)
- Annexe 12 :** Redéploiements 1993-2003 des effectifs HU titulaires par discipline
- Annexe 13 :** Typologie DREES des établissements de santé
- Annexe 14 :** Liste des sigles utilisés dans le rapport

**ANNEXE N° 1 :
Lettre de mission.**

Le directeur de Cabinet

Le directeur de Cabinet



Paris le : 13.11.2003

NOTE

à
Monsieur le chef de service de l'inspection générale de l'administration
de l'éducation nationale et de la recherche

Madame le chef de service de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission conjointe portant sur les conventions constitutives des CH et U prévues par l'ordonnance du 30 décembre 1958 (art L. 713-4 et suivants du code de l'Éducation art L. 6142 et suivants du code de la santé publique).

Près de 45 ans après la promulgation de l'ordonnance du 30 décembre 1958 mettant en place la réforme inspirée par Robert Debré en créant des centres hospitaliers et universitaires (CH et U) et affirmant leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, il apparaît opportun de s'interroger sur la convention constitutive du CH et U qui doit être conclue entre le centre hospitalier régional (CHR) et les unités de formation et de recherche de médecine, en application des art L. 713-4 et suivants du code de l'éducation.

Nombreuses apparaissent, en effet, les situations où le caractère obsolète ou à tout le moins superficiel de ces conventions – lorsqu'elles existent – prive le CH et U de la plénitude de ses attributions et entrave une gestion partenariale des missions de ces établissements, telle que la prévoient les articles des codes précités. Il peut même entraîner un déficit de performance comme l'indique bien le rapport de MM. Ducassou, Jaeck et Leclerc consacré au CH et U.

Nous vous demandons, en conséquence, de constituer une mission conjointe qui examinera la convention constitutive des CH et U, dans toutes ses dimensions.

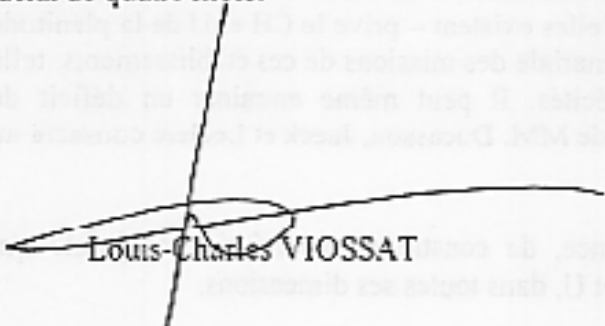
- 1) de faire un état des lieux des conventions existantes avec leurs avenants éventuels et, a contrario, des établissements dépourvus de toute convention ;
- 2) d'établir, si possible, une typologie de ces conventions en identifiant les rubriques dont elles traitent ;
- 3) de dégager les conditions dans lesquelles elles contribuent à la mise en oeuvre d'objectifs convergents en matière de soins, d'enseignement et de recherche ;
- 4) d'apprécier, avec le concours des services centraux des ministères de tutelle, comme avec celui des établissements eux-mêmes, la répartition des missions d'enseignement et de recherche entre les deux partenaires ;
- 5) d'examiner les conséquences de la participation du CH et U à un groupement de coopération sanitaire tel que le prévoit l'ordonnance du 4 septembre 2003 et la possibilité pour les membres de ce groupement de participer aux missions universitaires, notamment lorsqu'il s'agit de centres de lutte contre le cancer.

En tenant compte de la perspective d'évolution de la gouvernance des Universités et des centres hospitaliers et avec, pour ces derniers, le souci de privilégier souplesse de gestion, pluralité des sources de financement, et performance dans les trois missions du CH et U, la mission définira un ou des modèles de convention. Elle en décrira avantages et inconvénients.

Les modalités de l'évaluation applicable aux termes de la convention seront précisées.

La mission disposera du rapport établi à la demande des ministres par MM. Ducassou, Jaeck et Leclerc ainsi que du rapport de MM. Debrosse, Perrin et Vallancien qui s'inscrivent dans le cadre de la préparation du plan Hôpital 2007. Elle consultera les représentants des deux partenaires ainsi que les principaux organismes de recherche. Elle se rendra dans un nombre suffisant de régions pour avoir une vision significative de la diversité régionale et des perspectives de coopération entre établissements, au sein d'une même région et de régions voisines.

La mission remettra son rapport au ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées dans un délai de quatre mois.



Louis-Charles VIOSSAT



Alain BOISSINOT

ANNEXE N° 2 :
Liste des personnes rencontrées.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Ministère de la santé et de la protection sociale

Cabinet santé

M. le Pr. P. THIBAULT (jusque mars 2004)

M. le Pr. Claude GRISCELLI (à partir d'avril 2004)

M. le Pr. Francis BRUNELLE (idem.)

Mission cancer

Mme Pascale BRIAND

DHOS

M. Edouard COUTY, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation de soins

M. Marc OBERLIS, sous directeur des personnels médicaux

Mme Maud LAMBERT, chef de bureau

M. Pierre BOTREAU-ROUSSEL, mission OPRC (observation, prospective, recherche clinique)

Mme FAUGERE, M. GAUCHARD, mission OPRC

Mme Martine Aoustin, M. Roland CASH, mission T2A

DGS

M. Jean Marc BRAICHET, chef du bureau

DREES

M. Claude GISSOT, chef du bureau des établissements

Mme. Pascale BREUIL, chef du bureau des professionnels de santé

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Cabinet Education nationale

M. le Pr Josy REIFERS (jusqu'en mars 2004)

M. le Pr DESNOS (idem.)

M. le Pr. P. THIBAULT (à partir d'avril 2004)

IGEN

M. Guy LEYRAL

DPE

M. LEVY, sous-directeur,

Mme HERITIER, sous-directrice,

M. Marc BIDEAULT,

M. Loïc THOMAS

DES

M. Claude FEUERSTEIN

DR

M. Alain COLLE

Mme. Anne GIAMI

DEP

Mme TOMASINI

Mme FRANCOZ

EPST**INSERM**

M. Hervé DOUCHAIN, secrétaire général

CNRS

M. PAU, directeur du département des sciences de la vie

Personnalités qualifiées

Conférence des présidents de CME : M. le Pr FUENTES, président (Marseille) et le bureau de la conférence

Président de la conférence des directeurs généraux : M. MOINARD (Toulouse), puis M. CASTEL (Strasbourg), président, et le bureau

Conférence des doyens : M. le Pr CHARPENTIER et le bureau

Conférence des présidents d'université : M. LAURENT (Marseille), président, et le bureau

Fédération hospitalière de France : M. Gérard VINCENT, président

M. Vincent DIEBOLT, pôle recherche, innovation

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) : M. le Pr D. MARANINCHI, président et M. MAIGNE, secrétaire général

Président de la conférence des doyens de pharmacie : M. le Pr J.F. ROBERT et M. le doyen D.DURAND

Mme le Pr JOËL, université Paris Dauphine

M. le Professeur C. GRISCELLI

REGION IDF**AP-HP**

M. le Pr Didier HOUSSIN, directeur de la politique médicale

M. le professeur PROST, président de la CCM (avec le bureau de la conférence)

Université Paris V

M. DOMART, président de l'université

Mme Nelly GUIMIER, secrétaire général de l'UFR Cochin,

REGION PACA**AP MARSEILLE**

M. VALLET, directeur général de l'APM

M. GRAS, directeur des affaires médicales

ARH PACA

M. Christian DUTREIL, directeur de l'ARH

UFR de médecine

M. le doyen BERLAND

REGION NORD**CHU LILLE**

M. DELMOTTE, directeur général

M. le Pr. DESTEE, Président de la CME

M. REYNIER, directeur des affaires médicales

M. FIEVE, délégation à la recherche clinique

Université Lille II

M. SERGERAERT, président

UFR de médecine

M. le Pr. FRANCKE, doyen

DRASS Nord-Pas-de-Calais

Mme WUILLAUME, directrice

Mme LEURIDAN, inspectrice principale, bureau de l'internat

REGION PAYS DE LOIRE

CHU de Nantes

M. GUERIN, directeur général

M. LEMOIGNE, directeur des affaires médicales et de la recherche clinique

M. le Pr LEMAREC, président de la CME

ARH

Mme KRAWZACK, directrice adjointe

Université de Nantes

M. Le Pr RESCHE, président

UFR de médecine

M. le doyen MOUZARD

REGION CHAMPAGNE-ARDENNES

CHU de REIMS

Mme COUDRIER, directrice générale

M. LILLAMAND, directeur général adjoint

Mme BECRET, directrice des affaires médicales

M. le Pr GILLERY, président de la CME

ARH

M. BROUDIC, directeur

DRASS

Mme BRUDEAU, directrice

Université

M. MAQUIN, vice président de l'université, ancien doyen de l'UFR d'odontologie

UFR de médecine

M. le doyen MAQUART

REGION RHÔNE-ALPES

CHU de Saint Etienne

M. RICHIER directeur général

M. DUGAND, directeur général adjoint

M. le Pr. AUBOYER, président de la CME

ARH Rhône-Alpes

M. METAIS, directeur

DRASS Rhône-Alpes

Mme le Dr. JANODY, médecin inspecteur

M. GRESLON, inspecteur principal, bureau de l'internat

Université de Saint-Etienne

M. FOUQUET, Président

M. le Pr. LUCHT, directeur de l'UFR de médecine

Ecole nationale supérieure des Mines de St-Etienne

M. PINOLI, directeur chargé de la recherche et la formation doctorale

Université de Grenoble

M. le Pr. DEBRU, directeur de l'UFR de médecine

REGION POITOU-CHARENTES

CHU de Poitiers

M. DEWITTE directeur général

M. le Pr. CARRETIER, président de la CME

Université de Poitiers

M. le Pr. GIL, doyen

ARH

M. BONNET directeur

ANNEXE N° 3 :
Carte des CH&U, CLCC et cancéropoles.

Annexe 3

**Carte des CH&U, CLCC et cancéropoles
Typologie des universités avec UFR santé**

Typologie des 33 universités avec spécialités médicales	Au moins 3 UFR Médecine, Pharmacie, Odontologie	2 UFR Médecine Pharmacie ou UFR mixte Médecine et Pharmacie	2 UFR Médecine Odontologie	1 UFR Médecine seulement
15 universités spécialisées santé et sciences ou santé et droit	Lyon I (4 UFR Méd.) Bordeaux II (3 UFR Méd.) Toulouse III (2 UFR Méd.) Aix-Marseille II Lille II Montpellier I Nancy I Rennes I Strasbourg I Clermont-Ferrand I Soit 10 universités	Paris V (3 UFR méd. fusionnant en septembre 2004) Paris XI Grenoble I Soit 3 universités	Paris VI Paris VII Ces deux universités comprennent chacune 2 UFR de médecine en voie de regroupement Soit 2 universités	
18 universités généralistes	Nantes Reims Soit 2 universités	Amiens Angers Caen Dijon Limoges Tours + 3 UFR mixtes Besançon Poitiers Rouen Soit 9 universités	Brest Nice Soit 2 universités	Paris XII Paris XIII Versailles St-Q. St-Etienne Antilles-Guyane Soit 5 universités

ANNEXE N° 4 :
Textes législatifs et réglementaires
applicables (conventions constitutives et
d'association).

Textes législatifs et réglementaires applicables**CODE DE L'EDUCATION
(Partie Législative)****Section 2 : Dispositions propres aux unités de formation et de recherche de
médecine, pharmacie et odontologie****Article L713-4**

I. - Les unités de formation et de recherche de médecine, de pharmacie et d'odontologie ou, à défaut, les départements qui assurent ces formations concluent, conjointement avec les centres hospitaliers régionaux et conformément aux dispositions des articles L.713-5 et L.713-6, les conventions qui ont pour objet de déterminer la structure et les modalités de fonctionnement du centre hospitalier et universitaire. Le directeur de l'unité ou du département a qualité pour signer ces conventions au nom de l'université. Ces conventions sont soumises à l'approbation du président de l'université. Le directeur est compétent pour prendre toutes décisions découlant de l'application de ces conventions. Il est ordonnateur secondaire des recettes et des dépenses. Les ministres compétents affectent directement aux unités de formation et de recherche les emplois hospitalo-universitaires attribués à l'université.

II. - Par dérogation aux articles L.613-1, L.712-3 et L.712-6, l'organisation des enseignements et du contrôle des connaissances est définie par les unités de formation et de recherche de médecine, d'odontologie ou de pharmacie, suivant le cas, puis approuvée par le président de l'université, pour les formations suivantes :

- 1° Deuxième cycle des études médicales ;
- 2° Deuxième cycle des études odontologiques ;
- 3° Formation de pharmacie générale du troisième cycle des études pharmaceutiques.

III. - La même procédure comportant une proposition commune des unités de formation et de recherche situées, selon le cas, dans la région sanitaire ou dans l'interrégion instituée en application de l'article L. 632-7, est applicable aux formations suivantes :

- 1° Troisièmes cycles de médecine générale, de médecine spécialisée et de santé publique ;
- 2° Formations de pharmacie hospitalière, de pharmacie et santé publique et de biologie médicale du troisième cycle des études pharmaceutiques.

Article L713-5

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 64 II, art. 65 I 1°, 2°, 4°, 8° et 9° Journal Officiel du 18 janvier 2002)

Les centres hospitaliers et universitaires sont organisés conformément aux dispositions des articles L.6142-1, L.6142-3 à L.6142-6, L.6142-11, L.6142-13 et L.6142-17 du code de la santé publique, ci-après reproduites :

"Art. L.6142-1. - Les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements para-médicaux.

Ils sont aménagés conformément à la mission ainsi définie."

"Art. L. 6142-3. - Dans les villes sièges d'unités de formation et de recherche de médecine et de pharmacie, les universités, pour ce qui concerne ces unités, et les centres hospitaliers régionaux organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres hospitaliers et universitaires.

Les universités et les centres hospitaliers régionaux conservent leur personnalité juridique et leurs organes d'administration respectifs ; ils sont tenus de conclure des conventions pour préciser la structure et les modalités de fonctionnement des centres hospitaliers et universitaires.

Les législations et réglementations universitaires et hospitalières restent respectivement applicables à ces centres, chacune dans son domaine propre, sous réserve des dérogations prévues par le présent chapitre et ses textes d'application."

"Art. L.6142-4. - Dans le ressort d'une même académie, deux ou plusieurs centres hospitaliers régionaux ont la possibilité de passer convention avec la ou les universités de cette académie, pour la constitution d'un centre hospitalier et universitaire unique."

"Art. L.6142-5. - Des conventions peuvent être conclues par les universités et par les centres hospitaliers régionaux, agissant conjointement, avec d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article L.6142-1."

"Art. L.6142-6. - Dans le cadre des dispositions de l'article L. 6142-5, les universités et les centres hospitaliers régionaux peuvent conclure conjointement des conventions avec les syndicats interhospitaliers ou avec des établissements de la conférence sanitaire s'ils ne font pas partie du syndicat interhospitalier."

"Art. L. 6142-11. - Les difficultés qui s'élèvent à l'occasion de la conclusion ou de l'application des conventions prévues à l'article L. 6142-3 sont examinées par une commission comprenant le représentant de l'Etat dans le département, président, le directeur de l'unité de formation et de recherches médicales ou pharmaceutiques ou, lorsqu'il existe un comité de coordination de l'enseignement médical ou pharmaceutique, le président de ce comité et le médecin inspecteur régional de santé publique ou le pharmacien inspecteur régional.

A défaut d'accord intervenu devant cette commission, il est statué par décision commune des ministres de l'enseignement supérieur et de la santé, dans les conditions déterminées par voie réglementaire."

"Art. L. 6142-13. - Dans chaque centre hospitalier et universitaire, le comité de coordination hospitalo-universitaire est obligatoirement consulté sur le choix des priorités en matière d'équipement hospitalier et universitaire.

Les conventions mentionnées à l'article L. 6142-6 entre les établissements publics de santé et les universités ne peuvent être conclues qu'après avis favorable de ce comité.

Le comité de coordination hospitalo-universitaire comprend notamment des représentants du centre hospitalier régional, des représentants des unités de formation et de recherches médicales, odontologiques et pharmaceutiques et, le cas échéant, des syndicats interhospitaliers de secteur et des établissements assurant le service public hospitalier qui ont conclu les conventions prévues à l'article L. 6142-5."

"Art. L.6142-17. - Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, les modalités d'application des dispositions du présent chapitre, à l'exception de celles fixées à l'article L. 6142-16 et notamment :

1° Les conditions dans lesquelles certains services ou certains personnels médicaux des établissements de santé mentionnés à l'article L. 6142-3 peuvent être maintenus partiellement ou totalement en dehors de l'application du présent chapitre ;

2° Les conditions dans lesquelles sont établies les conventions prévues aux articles L.6142-3 et L.6142-5 ;

3° Les conditions dans lesquelles les dépenses d'enseignement et de recherches qui ne peuvent être isolées dans le budget des établissements de santé font l'objet d'un versement forfaitaire du ministère de l'enseignement supérieur ;

4° Les conditions dans lesquelles certaines dispositions du présent chapitre sont rendues applicables aux études dentaires et aux chirurgiens-dentistes, ainsi qu'aux pharmaciens pour certaines disciplines biologiques ;

5° Les conditions dans lesquelles certaines dispositions du présent chapitre peuvent être rendues applicables aux études pharmaceutiques et aux pharmaciens notamment les mesures transitoires nécessaires et les modalités du recrutement commun initial, hospitalier et universitaire, ainsi que les conditions dans lesquelles les enseignants des unités de formation de recherche de pharmacie ayant à la fois des fonctions hospitalières et universitaires peuvent demander à être intégrés dans le nouveau corps ou à conserver le régime du corps auquel ils appartiennent."

Article L713-6

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 65 Journal Officiel du 18 janvier 2002)

Les charges financières résultant de l'application des articles L.632-1, L.713-5, L.952-21 à L.952-23 sont supportées en totalité, en ce qui concerne l'enseignement public médical pharmaceutique et post-universitaire, par le budget du ministère de l'éducation nationale. En ce qui concerne la recherche médicale et pharmaceutique, les charges incombant à l'Etat sont réparties entre ce budget et celui du ministère de la santé.

Article L713-8

(Loi n° 2003-339 du 14 avril 2003 art. 2 XVI Journal Officiel du 15 avril 2003)

Les modalités de fonctionnement de la commission prévue à l'article L. 6142-11 du code de la santé publique sont fixées par les dispositions de l'article L. 6142-12, ci-après reproduites :

« Art. L. 6142-12. - Lorsque la commission prévue en application de l'article L. 6142-11 se réunit pour régler des difficultés nées à l'occasion de la mise en oeuvre des dispositions relatives à l'enseignement de la biologie dispensé aux étudiants en pharmacie dans les laboratoires du centre hospitalier régional faisant partie du centre hospitalier et universitaire, ou à l'occasion de l'élaboration de la liste des laboratoires de biologie du centre hospitalier régional susceptibles d'être placés totalement ou partiellement en dehors du centre hospitalier et universitaire en application de l'article L. 6142-9, le directeur de l'unité de formation et de recherche de sciences pharmaceutiques ou, dans le cas d'unités de formation et de recherche mixtes, médicales et pharmaceutiques, soit le directeur, soit, lorsque celui-ci n'est pas pharmacien, l'enseignant responsable de la section de pharmacie, est entendu par ladite commission.

A défaut d'accord intervenu entre la commission et le directeur de l'unité de formation et de recherche de sciences pharmaceutiques ou l'enseignant responsable de la section de pharmacie dans les deux mois qui suivent la réunion de la commission, les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé statuent au vu de l'avis émis par une commission nationale élue dont la composition est fixée par voie réglementaire. »

Textes réglementaires (disponibles sur www.legifrance.gouv.fr)

Décret n° 63-592 du 24 juin 1963 relatifs aux conventions à conclure entre les facultés... et les centres hospitaliers régionaux en vue de déterminer les modalités de fonctionnement des centres hospitaliers et universitaires

Décret n° 70-709 du 5 août 1970 portant aménagement de l'ordonnance du 30 décembre 1958... en application de l'article 45 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur

Décret n° 74-369 du 29 avril 1974 portant application de l'article 4 de l'ordonnance de 1958 ainsi que de la loi n°71-536 relative à l'enseignement de la biologie

Décret n° 63-1015 relatif aux conditions dans lesquelles doivent être établies les conventions prévues à l'article 6 de l'ordonnance de 1958

Décret n° 65-801 du 22 septembre 1965 relatif à la création... des centres de soins et d'enseignement dentaires

Décret n° 65-804 du 22 septembre 1965 relatif aux conventions à conclure entre les facultés de médecine et les CHR en vue de déterminer les modalités de fonctionnement des CSERD

Décret 65-806 du 22 septembre 1965 relatif aux conventions prévues à l'article 6 de l'ordonnance et à l'article 2 du décret n°65-801 (associations éventuelles au CSERD)

Décret 71-683 du 17 août 1971 relatif aux ... comités de coordination hospitalo-universitaires

Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires

Décret n°91-136 du 31 janvier 1991 fixant le rôle, la composition et les modalités de fonctionnement des commissions prévues aux articles 57 et 60 de la loi N°68-978 du 12 novembre 1968 modifiée d'orientation de l'enseignement supérieur

Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales

Circulaire du 5 novembre 1964 relative à l'établissement des conventions entre la faculté de médecine et le centre hospitalier régional : application du décret n°63-592 du 24 juin 1963 (non disponible sur legifrance, voir texte ci-après)

Circulaire du 5 novembre 1964

(Santé publique et Population ; Education nationale)

Etablissement des conventions entre la faculté ou l'école nationale de médecine et le centre hospitalier régional : application du décret n° 63-592 du 24 juin 1963.

Par circulaire commune du 28 janvier 1964, nous vous avons adressé des instructions relatives à l'établissement des conventions entre la faculté ou l'école nationale de médecine et le centre hospitalier régional, en application du décret n° 63-592 du 24 juin 1963.

10 1972 n° 8

Nous avons appelé votre attention sur l'importance de ces conventions que nous vous demandons de soumettre à notre examen avant de les signer.

Devant les difficultés rencontrées pour régler cette question, il nous est apparu qu'il serait opportun, pour des raisons d'efficacité, de diffuser un texte qui servirait de base à l'établissement desdites conventions. Le projet que nous vous communiquons ci-joint a été mis au point par nos services en liaison avec les services utilisateurs tant sur le plan hospitalier que sur le plan universitaire. Ce projet qui devra être adapté à la situation particulière de chaque centre hospitalier et universitaire, et dont les annexes demandent à être établies avec le plus grand soin, vous permettra de préparer les conventions dans les meilleures conditions.

Nous ajoutons que l'application des règles de remboursement prévues par l'article 10 du projet ci-joint sera précisée par des instructions ultérieures.

Nous vous signalons de nouveau l'urgence qui s'attache au règlement de cette question et nous vous demandons de nous faire parvenir, dans les meilleurs délais possibles, les textes que vous proposerez à notre approbation.

(B. O. E. N. n° 45 du 3 décembre 1964.)

CONVENTION

en vue de déterminer la structure et le fonctionnement du centre hospitalier et universitaire de

Conclue le
entre le centre hospitalier régional de
et la faculté (ou école nationale) de médecine de
respectivement représentés par :

M.	d'une part,
et la faculté (ou école nationale) de	représentée
par son doyen (ou son directeur agissant par délégation du recteur)	d'autre part,

Vu l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires et plus particulièrement les articles premier, 4 et 8 ;

Vu les décrets n° 63-592 et 63-593 du 24 juin 1963 pris pour l'application de la précédente ordonnance,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article premier. — Font partie du centre hospitalier et universitaire de , conformément aux états descriptifs qui seront annexés à la présente convention :

- 1° L'ensemble des services d'enseignement et de recherche de la faculté (ou école nationale) de ;
- 2° L'ensemble des services de diagnostics et de soins du centre hospitalier régional de à l'exception des services placés sous le régime prévu à l'article 8, alinéa 4 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, services ci-après énumérés :

PERSONNEL

Art. 2. — Le centre hospitalier régional de _____ et la faculté (ou école nationale) assurent directement, chacun en ce qui le concerne et selon les modalités qui leur sont propres, le paiement aux personnels affectés au centre hospitalier et universitaire des traitements, émoluments, indemnités et avantages accessoires de toute nature qui peuvent les accompagner.

Art. 3. — Dans la limite des effectifs établis d'après les dispositions réglementaires et budgétaires, le centre hospitalier régional de _____ et la faculté (ou école nationale) établissent respectivement la liste des personnels affectés au centre hospitalier et universitaire. Elles assurent la mise à jour de ces listes et se les communiquent mutuellement.

Art. 4. — Toutefois, en ce qui concerne les locaux universitaires ou les services communs inclus dans l'enceinte hospitalière ainsi que les locaux hospitaliers et les services communs inclus dans l'enceinte universitaire, les affectations du personnel non soumis au statut défini par le décret n° 60-1030 du 24 septembre 1960 modifié seront fixées conjointement par le centre hospitalier régional et la faculté (ou école nationale) de _____.

MATÉRIEL MÉDICAL ET SCIENTIFIQUE

Art. 5. — La faculté de médecine (ou école nationale) procédera directement à l'achat et au paiement du matériel, du mobilier et des instruments destinés exclusivement au besoin de la recherche et de l'enseignement. Elle tiendra le centre hospitalier régional informé tant des programmes que des achats isolés qu'elle pourra décider à ce sujet.

De même, le centre hospitalier régional informera la faculté (ou école nationale) de ses projets d'acquisition de matériel au titre hospitalier, qui seraient susceptibles d'intéresser l'enseignement ou la recherche.

Art. 6. — Lorsque les matériels, mobiliers, ou instruments visés à l'article 5, premier alinéa devront être placés dans les locaux universitaires imbriqués, les services communs ou les locaux hospitaliers, les modalités d'implantation et de mise en service devront être définies en accord avec le centre hospitalier régional avant toute acquisition.

Lorsque les matériels, mobiliers, ou instruments visés à l'article 5, deuxième alinéa devront être placés dans les locaux hospitaliers imbriqués, les services communs ou les locaux universitaires, les modalités d'implantation et de mise en service devront être définies en accord avec le doyen de la faculté de médecine (ou le directeur de l'école nationale) avant toute acquisition.

Les dépenses supportées à ce titre suivant le cas par la faculté de médecine (ou école nationale) ou par le centre hospitalier régional comprendront outre les frais d'acquisition, les frais de toute nature entraînés par l'installation et la mise en fonctionnement des appareils.

Art. 7. — En ce qui concerne les matériels, mobiliers et instruments qui serviront à la fois à la recherche et à l'enseignement, d'une part, et aux soins et aux diagnostics d'autre part, un programme d'achat sera élaboré conjointement par le centre hospitalier régional et la faculté de médecine (ou école nationale) en même temps que sera déterminée la part contributive de chacune des deux administrations.

En fonction des parts contributives, les acquisitions seront inventoriées et resteront la propriété commune des deux parties dans le cadre du centre hospitalier et universitaire.

Le rachat des parts contributives pourra être effectué par l'une ou l'autre administration.

Art. 8. — A la date d'entrée en vigueur de la présente convention il sera établi un inventaire du matériel en service dans les locaux faisant partie du centre hospitalier et universitaire.

Cet inventaire sera dressé conjointement par le centre hospitalier régional et la faculté de médecine (ou école nationale) de _____.

TRAVAUX

Art. 9. — Les dépenses de travaux et d'aménagement pour les locaux, réservés à l'enseignement et à la recherche universitaire, qui forment avec les bâtiments hospitaliers une construction unique, sont à la charge du ministère de l'Education nationale. Lesdits locaux sont réalisés conformément à un programme pédagogique, préparé par les autorités universitaires intéressées en accord avec le centre hospitalier régional et arrêté par le ministre de l'Education nationale. Le centre hospitalier régional est maître d'œuvre pour l'ensemble.

Les crédits que le ministère de l'Education nationale consacre à ces dépenses ne peuvent excéder le montant limite obtenu en appliquant au programme pédagogique arrêté les prix plafonds fixés pour les constructions universitaires par le ministère des Finances et des Affaires économiques.

Art. 10. — Les travaux à la charge de la faculté de médecine (ou école nationale), et ainsi exécutés seront remboursés par elle au centre hospitalier régional de _____, selon les modalités suivantes :

La faculté de médecine versera au centre hospitalier régional sur le vu d'un état mensuel de situation des travaux exécutés certifié par le directeur général un acompte correspondant à la dépense à sa charge.

Lors de la liquidation définitive de l'ensemble des travaux il sera procédé au calcul et à la mise en recouvrement du montant exact de la part des travaux à la charge de la faculté de médecine (ou école nationale), compte tenu de ses versements antérieurs et des variations en plus ou moins sur les prévisions des devis approuvés. Toutes justifications devront être mises à la disposition de la faculté de médecine (ou école nationale) pour vérifier les comptes définitifs.

DÉPENSES ISOLABLES

Art. 11. — En ce qui concerne les autres dépenses exposées par le centre hospitalier régional pour l'enseignement et la recherche, la faculté de médecine (ou école nationale) remboursera le montant de celles qui pourront être isolées au moyen de la comptabilité analytique et qui auront été visées et constatées par le doyen de la faculté de médecine (ou le directeur de l'école nationale). Elle participera notamment aux dépenses suivantes :

Dépenses afférentes aux travaux d'entretien et de réparation des locaux affectés à l'enseignement et à la recherche ;

Dépenses de fonctionnement de l'amphithéâtre d'anatomie ;

Dépenses individualisées des laboratoires de recherche ;

Dépenses d'entretien, de réparation et de fonctionnement des appareils utilisés pour l'enseignement et la recherche ;

Dépenses de fonctionnement des amphithéâtres de cours et des vestiaires des étudiants stagiaires ;

Coût des photographies, radiographies et examens de laboratoire effectués dans le but d'intérêt d'enseignement ou de recherche ;

Dépenses de télévision appliquée à l'enseignement ;

Dépenses de fournitures courantes et de petite instrumentation pour les laboratoires de recherche.

Art. 12. — Le règlement des dépenses prévues à l'article ci-dessus sera effectué sur production d'états récapitulatifs semestriels suivant la réglementation en vigueur.

Art. 13. — L'ensemble des dépenses afférentes à l'activité hospitalière est supporté par le centre hospitalier régional. Dans la mesure où celui-ci utilise à des fins hospitalières les services de la faculté de médecine (ou école nationale), les dépenses qui en résulteront feront l'objet d'un remboursement de sa part à la faculté, dans les mêmes conditions qu'à l'article précédent, selon des modalités prévues par les conventions particulières intervenues à cet effet qui seront annexées à la présente convention.

DÉPENSES NON ISOLABLES

Art. 14. — Les dépenses autres que celles prévues aux articles 2 à 11 ci-dessus, exposées par le centre hospitalier régional en raison des activités d'enseignement et de recherche, et qui n'auront pu être isolées dans la comptabilité analytique, font l'objet d'un remboursement forfaitaire de la part de la faculté (ou école nationale), dans les conditions fixées par le décret à intervenir qui sera pris en application de l'avant-dernier alinéa de l'article 8 de l'ordonnance du 30 décembre 1958, sus-visé.

RÉPARATION DES DOMMAGES

Art. 15. — La faculté de médecine (ou école nationale) prend en charge la réparation des dommages de toute nature causés au centre hospitalier régional à ses agents, aux malades et à leurs visiteurs, soit par les étudiants à l'occasion de leurs activités universitaires, soit par le personnel relevant de son autorité à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, soit pour toute personne participant à l'enseignement postuniversitaire organisé sous la responsabilité de ladite faculté.

En application de l'alinéa ci-dessus, la faculté remboursera au centre hospitalier régional un pourcentage fixé conjointement de la prime afférente à l'assurance contractée par celui-ci pour garantir sa responsabilité propre à l'égard des tiers victimes des dommages causés dans les conditions sus-indiquées dans le cas où la responsabilité du centre hospitalier régional serait mise en cause.

La faculté de médecine (ou école nationale) remboursera au centre hospitalier régional le montant des dommages de toute nature qui ne seraient pas éventuellement couverts par l'assurance.

Art. 16. — Le centre hospitalier régional supporte la réparation des dommages de toute nature causés à l'occasion des activités du service hospitalier à la faculté de médecine (ou école nationale) aux agents de celle-ci ainsi qu'aux étudiants.

CONSTRUCTIONS NOUVELLES

Art. 17. — Le régime de la propriété des bâtiments à usage universitaire construits ou aménagés sur des terrains hospitaliers sera défini dans des conditions particulières définies conformément à l'article 8, alinéa 9 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958.

DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Art. 18. — Sous réserve des dispositions contenues dans le règlement intérieur annexé à la présente convention, la réglementation hospitalière et la réglementation universitaire sont respectivement applicables, chacune dans son domaine propre, aux services composant le centre hospitalier et universitaire.

DISCIPLINE

Art. 19. — Le directeur général du centre hospitalier régional et le doyen de la faculté de médecine (ou le directeur de l'école nationale) sont responsables chacun en ce qui le concerne de l'application du règlement à l'intérieur du centre hospitalier et universitaire.

Afin que soient assurées à tout moment la sauvegarde des malades et la sécurité de l'ensemble des installations du centre hospitalier et universitaire, le directeur général du centre hospitalier régional est chargé de faire respecter la discipline dans l'ensemble des services.

Il agit :

Dans les locaux proprement hospitaliers en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la réglementation hospitalière ;

Dans les locaux universitaires compris dans l'enceinte hospitalière et en dehors des heures d'enseignement, en vertu d'une délégation permanente du doyen de la faculté de médecine (ou du directeur de l'école nationale) donnée en exécution des dispositions de l'article 11 du décret n° 63-592 du 24 juin 1963.

Le directeur général du centre hospitalier régional tient le doyen (ou le directeur de l'école nationale) informé des mesures prises en vertu de la délégation.

Art. 20. — Les infractions au règlement commises par les agents du centre hospitalier régional ou de la faculté de médecine non visés par le décret n° 60-1030 du 24 septembre 1960, et par les étudiants peuvent donner lieu, dans les conditions précisées à l'article 12 du décret n° 63-592 du 24 juin 1963 aux sanctions et mesures prévues par ce texte.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Art. 21. — Le règlement prévu à l'article 10 du décret du 24 juin 1963 et visé aux articles 18 et 19 de la présente convention est adopté conjointement par la commission administrative du centre hospitalier régional (ou le conseil d'administration) et la faculté de médecine (ou école nationale).

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 22. — La présente convention entrera en vigueur après approbation conjointe du ministre de l'Éducation nationale et du ministre de la Santé publique et de la Population.

Art. 23. — Elle est conclue pour une durée de deux années à compter de cette approbation et renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties, avec préavis de 4 mois.

Art. 24. — Les difficultés relatives à son application et à celle du règlement annexé seront soumises, dans les conditions déterminées par le décret n° 63-593 du 24 juin 1963 portant règlement d'administration publique, à la commission de conciliation instituée par l'article 4 de l'ordonnance du 30 décembre 1958.

Fait à _____, le _____

CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

*adopté par délibération de la commission administrative
du centre hospitalier régional (ou le conseil d'administration)
de _____, en date du _____
et par délégation du conseil de la faculté de médecine
(ou école nationale) en date du _____*

Article premier. — La réglementation hospitalière et la réglementation universitaire sont respectivement applicables, chacune dans son domaine propre, aux services composant le centre hospitalier et universitaire sous réserve des dispositions de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et de ses textes d'application et des modalités prévues au présent règlement.

L'ensemble de ces réglementations s'applique notamment à toutes les personnes appelées à séjourner ou à exercer une activité dans les services du C. H. U.

Art. 2. — L'accès des salles et des locaux hospitaliers est formellement interdit aux étudiants en dehors des heures où ils y sont appelés pour les besoins de l'enseignement.

Art. 3. — De même, l'accès des locaux universitaires est en principe interdit aux agents hospitaliers, à l'exception du personnel de direction et d'économat du centre hospitalier régional et, pendant leurs heures de service, de tous autres agents qui pourraient y être spécialement affectés, ou chargés de la surveillance ou des travaux de nettoyage et d'entretien.

Art. 4. — Les étudiants et les membres du personnel de la faculté de médecine n'ont accès qu'aux voies et aux cours des établissements hospitaliers qu'ils doivent emprunter pour se rendre dans les locaux affectés à l'enseignement ou à leurs dépendances.

Dans toute la mesure du possible, les étudiants et les membres du personnel de la faculté doivent s'abstenir d'y circuler ou d'y stationner sans nécessité.

Art. 5. — Les véhicules utilisés tant par les étudiants que par les agents du centre hospitalier régional et de la faculté de médecine (ou école nationale) doivent être garés en dehors des établissements dépendant du centre hospitalier régional, sauf s'il existe des emplacements prévus à cet effet, et sur autorisation expresse du directeur de l'établissement.

Art. 6. — Le centre hospitalier régional et la faculté de médecine (ou école nationale) déclinent toute responsabilité à l'occasion des dommages de toute nature qui pourraient être causés par la circulation des véhicules n'appartenant pas à l'Administration ou pendant le stationnement de ces mêmes véhicules.

Art. 7. — La circulation des véhicules dans les voies privées des établissements dépendant du centre hospitalier et universitaire doit s'effectuer suivant les prescriptions du Code de la route et, le cas échéant, du règlement intérieur de l'hôpital et de la faculté.

Art. 8. — L'exercice de l'activité universitaire, tant par le fait du personnel et des étudiants que par celui des installations des animaux, etc., ne devra pas troubler le repos des malades.

Art. 9. — Les étudiants et les membres du personnel universitaire devront en toutes circonstances, et spécialement lors des séances d'enseignement clinique, observer la plus grande correction à l'égard des malades, ainsi qu'une discrétion absolue. Ils doivent respecter les règles de la discipline générale intérieure des services.

Art. 10. — Les personnes autorisées à fréquenter les services du centre hospitalier et universitaire pour y recevoir l'enseignement sont :

1° Les étudiants de la faculté de médecine (ou école nationale). Ils sont tenus de porter sur eux leur carte d'étudiant valable pour l'année universitaire en cours et de la présenter à toute invitation des autorités hospitalières ou universitaires ou de leurs représentants ;

2° Des auditeurs de la faculté de médecine (ou école nationale) suivant des enseignements dispensés par elle ou organisés sous son autorité, notamment l'enseignement postuniversitaire.

Il leur est délivré par la faculté de médecine une carte individuelle, valable pour l'année universitaire en cours, distincte de la carte d'étudiant. Ils sont tenus de la porter sur eux et de la présenter à toute invitation des autorités hospitalières ou de leurs représentants.

Art. 11. — Le personnel enseignant est responsable de la tenue des cours, leçons et visites, ainsi que de la police des salles et amphithéâtres où se déroule l'enseignement et de leurs annexes à l'égard des étudiants et des personnels assimilés visés à l'article précédent.

Art. 12. — Le doyen de la faculté de médecine (ou le directeur de l'école nationale), le directeur général du centre hospitalier régional, sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent règlement.

Toutefois, afin que soient assurées à tout moment la sauvegarde des malades et la sécurité de l'ensemble des installations du centre hospitalier et universitaire, le doyen de la faculté de médecine (ou le directeur de l'école nationale) délègue les pouvoirs dont il est investi au directeur général du centre hospitalier régional dans les locaux universitaires et en dehors des heures d'enseignement.

Cette délégation est permanente; elle ne peut être retirée par le doyen (ou le directeur de l'école nationale) qu'après autorisation conjointe du ministre de l'Education nationale et du ministre de la Santé publique et de la Population.

Le directeur général du centre hospitalier régional tient le doyen (ou le directeur de l'école nationale) informé des mesures qu'il a été amené à prendre en vertu de la délégation.

Art. 13. — En cas d'infraction au règlement par un agent relevant, soit du centre régional, soit de la faculté de médecine (ou école nationale), la sanction est prononcée par l'autorité investie du pouvoir disciplinaire, saisie à la demande du responsable de l'application du règlement. En cas d'urgence, celui-ci peut demander la suspension du fautif.

Exceptionnellement et dans les cas graves, le doyen de la faculté de médecine (ou le directeur de l'école nationale) peut interdire provisoirement l'accès aux locaux universitaires à un membre du personnel du centre hospitalier régional non visé par le décret du 24 septembre 1960, et le directeur général du centre hospitalier régional peut, dans les mêmes conditions, interdire l'accès des locaux et bâtiments ou services hospitaliers à un membre du personnel de la faculté non visé par ledit décret; l'autorité qui a pris la mesure en donne immédiatement avis à l'autorité normalement responsable en vue d'un examen conjoint de la situation.

Si l'infraction au règlement a été commise par un étudiant, le responsable de l'application du règlement en saisit le doyen. Exceptionnellement et dans les cas graves, le directeur général du centre hospitalier régional peut interdire provisoirement au fautif l'accès sur les terrains et dans les bâtiments des services hospitaliers. Le doyen en est immédiatement informé en vue d'un examen conjoint de la situation.

Art. 14. — Les difficultés susceptibles d'intervenir à l'occasion de l'établissement, de l'application ou du renouvellement du présent règlement seront soumises, conformément aux dispositions du décret n° 63-593 du 24 juin 1963, à la commission de conciliation instituée par l'article 4 de l'ordonnance du 30 décembre 1958.

Décret n° 70-709 du 5 août 1970

(Président de la République; Premier ministre; Intérieur; Economie et Finances; Education nationale; Santé publique et Sécurité sociale)

Vu O. n° 58 1373 du 30-12-1958, not. art. 8; L. n° 63-978 du 12-11-1963, not. art. 45; D. n° 63-592 du 24-6-1963 mod.; D. n° 65-801 du 22-9-1965; D. n° 65-804 du 22-9-1965; avis sect. perm. Cons. ens. sup.; Cons. Etat, sect. soc. et int. réunies, ent.

Aménagement de l'ordonnance du 30 décembre 1958 (C. H. U., réforme de l'enseignement médical, recherche médicale).

Article premier. — Les références aux facultés de médecine, aux facultés mixtes de médecine et de pharmacie et aux écoles nationales de médecine et de pharmacie contenues dans les articles premier et 6 de l'ordonnance sus-visée du 30 décembre 1958 doivent s'entendre comme s'appliquant aux unités d'enseignement et de recherche médicales.

ANNEXE N° 5 :
Tableau récapitulatif des conventions
constitutives et d'association.

Synthèse des conventions constitutives

Tableau synthétique des conventions constitutives des CH et U
et des conventions d'associations

CHU	Date convention de structure (art. 1)	avenants	Sces hors CHU	Nature convention	Convention d'association (art. 6)	Nature conventions	Mode de réunion	Observations
Amiens	20/09/74 avec UFR med. Accord cadre 19/12/95	Installation locaux Formation cadres santé	med.int/gériatrie réadapt. Myn et long séjour Méd. prév.	Classique	Non		Comité liaison 3/an	1 accord cadre plus stratégique dans ses objectifs, mais non précisé en pratique
Angers	Entre CHU et fac. mixte méd/phar 08/07/66		Pharmacie du CHR, med.prév.	Classique, mais avec pharmacie	-centre de santé mentale Ste-Gemmes s/Loire -CLCC (Paul Papin) -centre rég.de rééduc. réadapt. Fnel (PSPH ?) -EFS	-1 PU-PH, 2 CCA -locaux enseignement 1 ou 2 PU-PH (?) internes -1 PU-PH à ½ tps soins, internes 1 MCU-PH	Non précisé	Association plus claire du CLCC aux tâches d'enseignement
Besançon	11/3/66			classique				Obsolète
Bordeaux	13/05/74 médecine 11/6/72 dentaire		UCSA Long séjour Pharmacies	Classique	- CLCC (25/05/78) - CH Charles Perrens (psy) 09/06/77		Non indiqué	Dispositif obsolète
Brest	19/2/75	Locaux Personnels hors CHU	Pharmacie Sces de prévention hospices	Classique	Non		Non indiqué	
Caen	5/6/1973	6/9/73 19/12/73 18/9/73 16/7/75 m.à.d. personnels, intégm. de sces	HI Clémenceau (sces méd. Gle) Long séjour Urgences pharmacie	Classique	- CLCC François Baclesse 1995	affectation 1 PU-PH	Informel et ponctuel	Pas d'avenants à la convention de structure après 1975
Clermont-Ferrand	19/07/65 puis 08/11/73 avec UFR med 1/6/74 avec CSERD		long séjour soins palliatifs labo EEG, EFR neuro	Classique	CRLCC Jean Perrin (4/7/73)	9 PU-PH 5 MCU-PH 4 CCA	-COCOJUS jusqu'en 98 -Réunions informelles -Conseil exécutif en cours instal.	
Dijon	01/06/65 renouvelé le 28/5/73	Création d'un GIS le 5/11/96	Hospices Orphelinats Sces convalescents CRTS Pharmacies consultation ext.	Classique et obsolète	INSERM (1/3/2002)	Renforcement potentiel de recherche bioméd. Valorisation et diffusion recherche	Non précisé	Convention de structure contre-signée par maire Très intéressante convention de partenariat
Grenoble	17/2/73		longue durée SAMU-SMUR	Classique	Non		Non mentionné	
Lille	11/4/64 puis 3/4/65 avec fac mixte de médecine 1/7/75 avec UER de Lille II 30/1/82 avec CSERD	Locaux personnels	SMPR Pharmacie Rééduc. et soins de suite Endoscopie Andrologie EFR ophtalmo SAMU-SMUR CAP		-CLCC Oscar Lambret (12/4/72) - CH Roubaix (20/9/82) -CH Tourcoing (1/11/75) - Institut Pasteur (30/11/96)	Association de sces pour mission enseignement-recherche Mise à disposition personnels	Rencontres régulières Co dir	Les UER signataires sont au nombre de 2 ou 3 selon les cas, avec pfs association pharmacie

Limoges	30/4/74 entre CHR et UER médecine pharmacie**		Médecine de suite Gérontologie clinique Odontologie Stomatologie Radiologie (Hl Cluzeau) Pharmacie Soins palliatifs	Classique	Non	Sans objet	Le COCO.U ne se réunit « pratiquement » pas. Commission mixte CME/UFR/DG du CHR	
Lyon	19 /5/65 réactualisé 11/10 /73	373 avenants signés, le dernier en 1994	Pharmacies Services d'urgence gériatrie laboratoires	Classique + Mise hors CHU de PH	CLCC Léon Bérard CHS du Vinatier	4 PU-PH 1 MCU-PH 2 CCA 3 PU-PH 1 PHU 2 CCA	Pas de COCO.U commission mixte HU pour révision des effectifs (1/an) Réunions informelles fréquentes (DG, doyens, président CME)	Textes obsolètes dans le contenu et la forme Fonctionnement « empirique » jugé satisfaisant**
Marseille	avec UFR méd. 6/11/72 avec UFR dent. 07/07/74		Pharmacies Médecine préventive Secteurs psy	Classique	CRLCC Paoli- Calmette 5/7/74		Réunions informelles fréquentes (DG/Pdt CME/doyen)	
Montpellier /Nîmes	-29/10/74 avec UFR médecine -20/11/74 Avec CSERD	Multiplés	Brûlés Radiologie Secteurs psy DAR Pharmacies Urgences...	Classique	CRLCC 10/7/78 Clinique mutualiste Beausoleil	3 PU-PH et 1 CCA 1 PU-PH et 1 CCA	Non mentionné	Du fait du fonctionnement tripartite du CHU (avec Nîmes) instabilité particulière des PU- PH
Nancy	UFR méd 20/12/73 UFR odonto 23/6/7222		Soins de suite, gériatrie	classique	Non mentionné			
Nantes	21/05/73 (UER méd.) 4/8/72 CSERD	Très nombreux et ponctuels	Convalescents Long séjour psychiatrie médecine préventive	Classique	Non fournies			
Nice	UER med 23/1/73 UER odonto 13/122/77		Gériatrie Convalescents toxicomanie	Classique	CLCC Hôpital de Lenval (sce pédo- psy)	4 PU-PH, 3 MCU-PH et 2 CCA 1 PU-PH et 2 CCA		Classique et obsolète
Paris	110/9/1965 avec faculté de médecine unique (avant éclatement en 11 UFR de médecine, 2 UFR pharmacie et 2 UFR odontologie	Très nombreux	nombreux	Classique et obsolète	225 conventions d'association (CLCC, PSPH, CHG, fondations ; IML, Quinze- Vingt, EFS, CEA, etc)	71 PU-PH 9 MCU-PH 58 personnels temporaires	non	Cf. CR entretiens
Antilles/ guyane (Pointe-à- Pitre/ Fort- de- France*)	05/07/85		Médecine préventive (PP) Hospices (FF)	Classique	-HCL (21/5/2001) -INSERM (U 289)	Convention partenariat formation, mise à disposition, remplacement Co-utilisation d'équipements	Conseil UFR Comité coordination de la recherche médicale et en santé	Intéressantes conventions de partenariat CHU unique avec Pointe-à-Pitre et Cayenne
Poitiers	1974 (date ?) entre CHR et UER médecine pharmacie**		Pharmacie Gériatrie (inclusion prochaine) Médecine du travail (idem)	Classique Mais avec UER pharmacie	- CH Henri Laborit (psy)	2 PU-PH et 2 CCA	Rencontres régulières informelles DG/doyen/pdt	
Reims	30/8/74		SAMU Moyen séjour pharmacie	Classique	CLCC	Mise à disposition 1 PU-PH	Réunions trimestrielles sur postes universitaires	

Rennes	224/1/74	nombreux	Pharmacie Médecine préventive hospices	Classique	Non fournies		Non mentionné	
Rouen	21/07/65 entre CHR et école nle de méd. Pharmacie avec UER de med.phar 07/05/76, puis 21/01/77	Liste des services CHU ou hors CHU	Alcool-toxico. Méd. St Julien Réadaptation Gériatrie Pharmacie Imagerie Boisguillaume et St Julien	Classique	-CRLCC (Henri Becquerel) - CH du Rouvray -Centre rééd. fnelle Boisguillaume	-4 PU-PH et 2 CCA - 1PU-PH 1 CCA -1 PU-PH 1 CCA	Conseil faculté, Réunions régulières DG, Dyn, pdt CME Commissions mixtes HU COCOUC (dernière réunion 04/01/01)	Création conseil mixte de la recherche par CHR et UFR
Saint Etienne	30/10/72 + 1 convention spécifique fonctionnement animalerie 2/6/98		gériatrie	Classique	ENSM St Etienne Institut de cancérologie de la Loire		Commission prospective HU	Convention de coopération passée le 13/11/02 avec Université, UFR et CHR
Strasbourg	UFR odonto 26/9/77 UFR med.9/9/74		Longue durée, gériatrie, pharmacie	classique	CMCO de Shiltigheim (PSPH obstétrique) - CTO d'Ilkirsch (orthopédie) - Centre Paul Strauss (CLCC)	-2 PU-PH, 2 CCA -1 PU-PH 2 CCA - 1 PU-PH	Réunion hebdo DG, pdt CME, doyen	
Toulouse	Convention entre CHR et UER Purpan et UER Rangueil de Toulouse III 15/06/73 -convention avec UER odontologie de Toulouse III 02/05/2001	Nbreux avenants concernant les Ph temps plein et temps partiel, récents	gériatrie	classique	-CLCC (institut Claudius Regaud) -HI J Ducuing (PSPH)	-échanges de vacations médicales réciproques (13,25 côté CHU : 12,25 côté ICR)		conventions pluriannuelles de fnt avec InVS, INSERM conv ; de partenariat avec mairie/ Académie/IME
Tours	08/06/73		Psychiatrie Méd.prévent. Pharmacies Lactarium pouponnière Soins de suite, longue durée	classique	CHIC Amboise (rééduc. Fnelle)	1 PU-PH à tiers temps	-Comité fac / CHU 1/Mois -Représentation conseil de fac. -Comité directeur pour la recherche	Convention entre CHU et UFR de pharmacie (mai 1985)

* Le CH & U Antilles Guyane regroupe les CHR de Pointe à Pitre et de Fort-de-France

** Dans le cas de Poitiers et de Limoges, la convention est passée par le CHR avec l'UFR de Médecine et de pharmacie (et non avec la seule UFR de médecine, comme les autres).

*** jugement donné par l'hôpital lui-même

Article 1 de l'ordonnance de 1985 n° 58-1373 = article L.61422-3 du CSP

Article 6 de l'ordonnance de la même ordonnance = article L.6142-5 du CSP

« classique » veut dire : la convention de structure ne s'écarte pas de la convention type. Les avenants portent essentiellement sur des postes de PH placés hors CHU et, plus rarement, sur la réintégration de services placés hors CHU (ou l'inverse).

CH&U	EPS associé	CLCC	PSPH associ	Autre	PU	MCU	Total
Angers		CLCC				2	
Caen		CLCC				1	
Clermont		CLCC			8,5		5
Dijon		CLCC			4		
Lille		CLCC			2		
Montpellier-Nîmes		CLCC			6		3
Nantes		CLCC			3,5		2,5
Nancy		CLCC			3,8		
Nice		CLCC			4		3
Reims		CLCC			3		3
Rennes		CLCC			3		3
Rouen		CLCC			4		
Toulouse		CLCC			9		0,5
Strasbourg		CLCC			2		
Bordeaux		I Bergeron			4		
Paris		I Curie			5		
Lyon		I Léon Bérard			4		0,5
Marseille		I Paul Calmette			7,3		6
Paris		IGF			6		
Total CLCC					82,4	26,5	108,9
Paris	CASH Nantes				1		
Tours	CH Amboise				0,3		
Antilles-Guyai	CH Cayenne				1		1
St-Etienne	CH Firminy				0,1		
Bordeaux	CH Langan				1		
Lille	CH Roubaix				2		
Rouen	CH Rouvray				1		
Lille	CH Tourcoing				1		
Paris	CH Versailles				8		2
Paris	CHI Crétail				9		
Paris	CHI Poissy SIG				3		3
Nancy	CHS Laxou				1,2		
Bordeaux	CHS Perrens				4		
Amiens	CHS Pinel				0,4		
Paris	CHS ste-Anne				10		1
Lyon	CHS Vindiers				3		
Paris	CND				8		
Nancy	mater régionale				6,3		3
Strasbourg	SIHCUS				0,2		
Paris	SI Maurice				1		
Angers	X				0,2		
Rennes	X				1,9		
Total CH et CHS					69,6	10	69,6
Paris			CCML		1		1
Montpellier-Nîmes			CM Beausoleil		0,7		
Strasbourg			CTO Ilkirch		1		1
Paris			Disconesses		1		
Paris			Foch		8		1
Paris			Fond O Rothschild		1		
Paris			Fond Vallée		1		
Nancy			I R Réadaptation		1		
Paris			IMontsouris		6		
Paris			Ipuériculture		1		
Nice			kenval ?		1		
Nancy			SINCAL		6		
Paris			St-Joseph		1		
Rouen			CRmédiPhys Réadapt		1		
Angers			X		1		
Total PSPH					30,7	3	33,7
Paris			EFS		2		
Paris			DGSNR		1		
Paris			CEA		1		
Paris			Imédico-légal		1		
Besançon			GNAMTS		1		
Besançon			Ministère sant		1		
Besançon			AFSGE		0,8		
Bordeaux			EFS		1		
Brest			EFS		0,7		
Marseille			EFS		1		1
Nancy			EFS		1		1
St-Etienne			EFS+divers		1,1		
Strasbourg			EFS		1		
Total EFS et divers					13,6	2	15,6
Total conventions d'association					185,3	41,5	227,8

Total des conventions 69 dont 21 Paris pour 225 ETP HU dont 180,3 PU et 41,5 MCU dont Paris 71 PU et 8 MCU

Total des conventions CLCC recensées 19 (manque St-Cloud 1 MCU) pour 103 ETP HU dont 78 PU et 24 MCU dont Paris 11 PU

Total des conventions CHS 5 pour 19, 8 ETP dont 19,6 PU

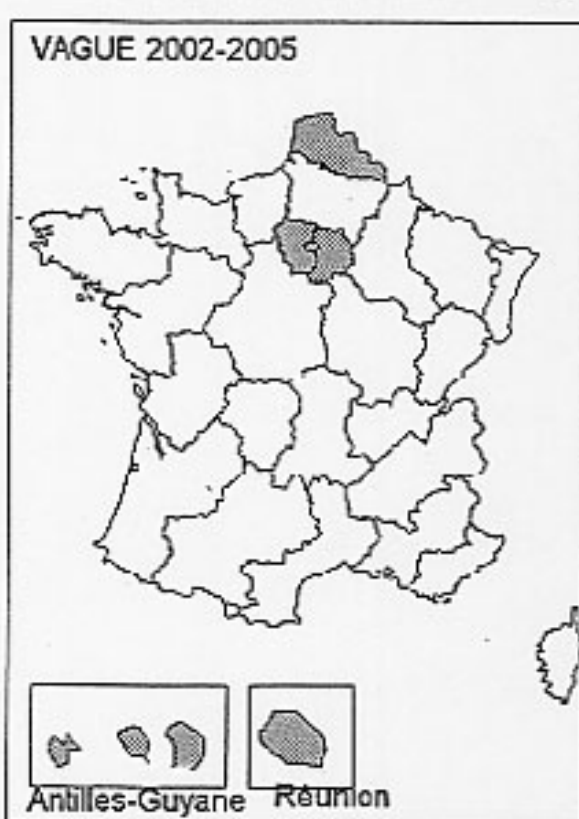
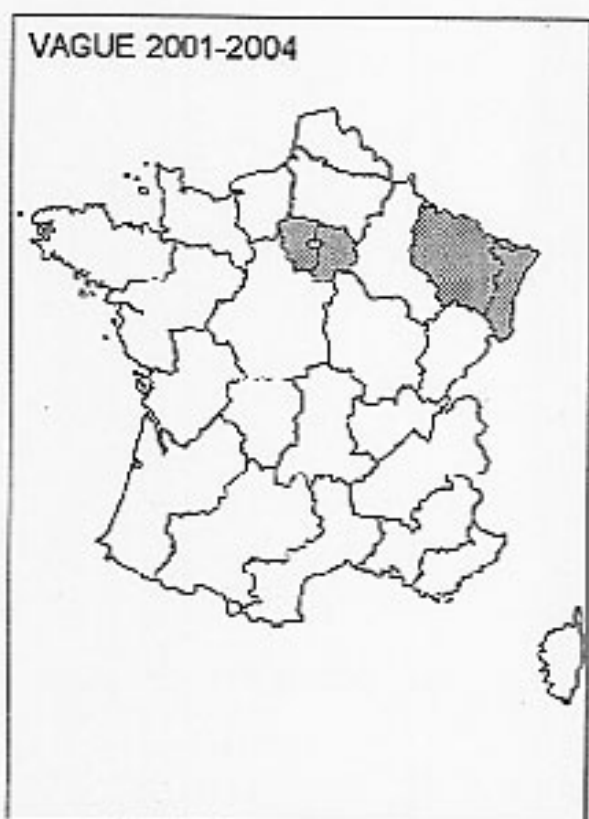
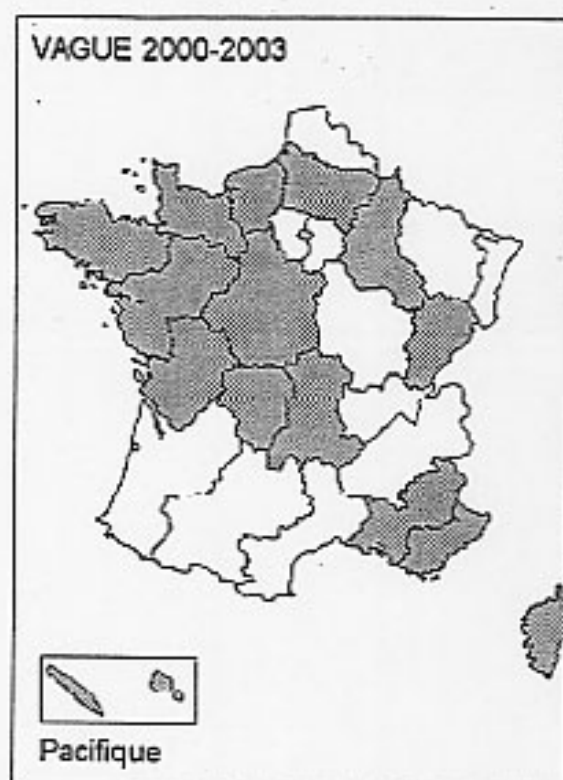
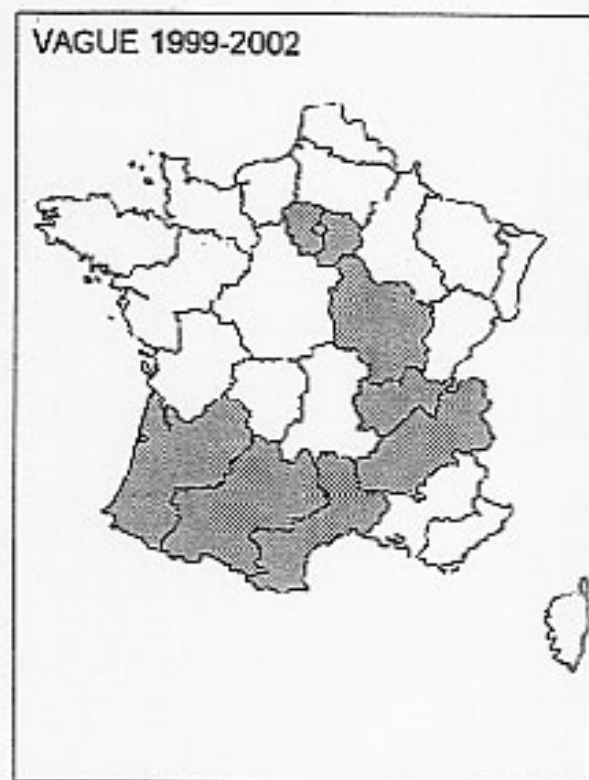
Total des conventions CH hors CHS 17 pour 50 ETP dont 41 PU

Total des conventions PSPH 15 pour 33,7 ETP dont 30,7 PU

Total des conventions EFS et divers 13 pour 15,6 ETP dont 13,6 PU

ANNEXE N° 6 :
Vagues de contractualisation des universités.

LES VAGUES CONTRACTUELLES



ANNEXE N° 7 :
Liste des instituts fédératifs de recherche.

Liste des IFR au 1^{er} janvier 2003

*

DIRECTEUR SCIENTIFIQUE COORDONNATEUR ADMINISTRATIF	INTITULÉ DE L'IFR <u>Site web</u>	SITE Géographique	N° d'IFR	PARTENAIRES SIGNATAIRES DE LA CONVENTION (en gras : le gestionnaire désigné par convention)	Phasage
BOTTERO Jean-Yves	Pôle Méditerranéen des sciences de l'environnement	Aix-en-Provence	112 du 01.01.02 au 31.12.03	CNRS, INRA, CEMAGREF, CEA Université de Corse, Aix-Marseille I, II, III	B
TARDIEU Marc MERCIER-BODARD C./ CRESTEIL D	<i>Institut Fédératif de Recherche de Bicêtre</i> http://ifr93.kb.inserm.fr	Bicêtre	93 du 01.01.02 au 31.12.05	Inserm, Université Paris XI, AP-HP	D
BONNET Jacques BONORON Simone	<i>Cœur, Vaisseaux, Poumons, Thrombose</i>	Bordeaux	4 du 01.01.03 au 31.12.06	Inserm, CNRS, Université Bordeaux I Université Bordeaux II, CHU de Bordeaux	A
BIOULAC Bernard	Neurosciences cliniques et expérimentales <i>Institut François Magendie</i> http://www.u-bordeaux2.fr/ifr_neurosciences	Bordeaux	8 du 01.01.03 au 31.12.06	Inserm CNRS Université Bordeaux II CHU Bordeaux Hôpital Charles Perrens	A
DRILLON Elisabeth	<i>Pathologies infectieuses et cancers : aspects biologiques et thérapeutiques</i> http://www.u-bordeaux2.fr/ifr66/	Bordeaux	66 du 01.01.03 au 31.12.06	CNRS, Inserm Université Bordeaux II CHU de Bordeaux Institut Bergognié	A
ROSENBAUM Jean FALETTI Hélène	<i>Santé publique</i>	Bordeaux	99 du 1.1.03 au 31.12.06	CNRS, Inserm, Université Bordeaux II, CHU Pellegrin	A
SALAMON Roger MARTIN M.P.	<i>Biologie Végétale moléculaire</i> http://www.bordeaux.inra.fr/ibvm/accueil/accueil.html	Bordeaux	103 du 01.01.03 au 31.12.06	INRA Université Bordeaux I Université Bordeaux II CNRS	A
CANDRESSE Thierry LOMBARD Marie-Louise	<i>Institut d'Alembert – Applications des lasers et molécules aux biotechnologies et réseaux de télécommunications</i>	Cachan	121 du 01.01.02 au 31.12.05	ENS Cachan CNRS CNAM Université Paris XI	D
ZYSS Joseph	<i>Imagerie Physiologique et métabolique</i>	Caen	47 du 1.1.00 au 31.12.03	CEA, CNRS, Inserm ISMRA de Caen, Université de Caen	B
COURTHEAUX Patrick	<i>Institut de Signalisation et Innovation Thérapeutique</i> http://www.isit.u-psud.fr/isit	Chatenay-Malabry	75 du 1.1.02 au 31.12.05	Inserm, INRA	D
SERVIN Alain	<i>Institut Paris - Sud Cytokines</i> http://www.u-psud.fr/ipsc.nsf	Clamart	13 du 1.1.02 au 31.12.05	Inserm, CNRS Université Paris VII Université Paris XI AP-HP, CCML, CEA	D

VEYRE Annie	IFR Santé Auvergne	Clermont-Ferrand	79 du 1.1.00 au 31.12.03	Inserm, INRA, Université d'Auvergne, Centre Jean Perrin, CHRU de Clermont-Ferrand	B
PRENSIER Gérard	Génomique et environnement	Clermont-Ferrand	108 du 01.01.01 au 31.12.03	Université B. Pascal CNRS INRA	B
MOREL Laurent GOOSSENS Michel	Institut Mondor de Médecine Moléculaire http://www.im3.inserm.fr	Créteil	10 du 1.1.01 au 31.12.04	Inserm Université Paris XII AP-HP	C
FAGES Christiane ETIEVANT Patrick GINET Annie	http://www.im3.inserm.fr <i>Qualité des aliments</i>	Dijon	92 du 01.01.03 au 31.12.06	INRA, ENESAD CNRS	
SOLARY Eric	<i>Athérome / Cancer</i>	Dijon	100 du 01.01.03 au 31.12.06	Inserm, Université de Bourgogne CHU de Dijon	A
MICHEL Marie-France LE BAS Jean-François	http://www.u-bourgogne.fr/IFR100/ <i>RMN Biomédicale : de la cellule à l'Homme</i>	Grenoble	1 du 1.1.03 au 31.12.06	Inserm, CHU de Grenoble C R Serv. Santé Armées Université Grenoble 1 Université Grenoble, CNRSII	A
VAN DER REST Michel	Département Réponse et Dynamique Cellulaires (DRDC) http://www-dsv.cea.fr	Grenoble	27 du 1.1.03 au 31.12.06	CEA, Inserm, CNRS, Univ Grenoble I	A
SAUDRAIX Jacques	Institut Albert Bonniot – Ontogénèse et oncogénèse moléculaire	Grenoble	73 du 01.01.03 au 31.12.06	Inserm, CNRS, Université Grenoble I, CHU de Grenoble	A
ROBERT-NICOUD Michel					
DEMONGEOT Jacques	<i>Ingénierie pour le Vivant</i>	La Tronche	130 du 1.1.03 au 31.12.06	Université de Grenoble CNRS Inserm	A
FONTANT Céline CAPRON Monique	<i>Infections et Inflammation : Pathogenèse et Prévention</i>	Lille	17 du 1.1.02 au 31.12.05	Institut Pasteur de Lille Inserm Université Lille II Université d'Artois.	D
FORMSTECHEP Pierre COLLYN d'HOOGHE Maud	<i>Institut de Médecine prédictive et de recherche thérapeutique (IMPRT)</i>	Lille	114 du 1.1.02 au 31.12.05	Inserm Université Lille II CHU de Lille Centre anti-cancéreux O. Lambret Institut Pasteur de Lille	D
MAUGUIERE François FAUGIER Simone	<i>Institut Fédératif des Neurosciences de Lyon</i> http://ifml.univ-lyon1.fr	Lyon	19 du 1.1.03 au 31.12.06	Inserm CNRS Université Lyon I Hospices Civils de Lyon, CHS le Vinatier	A
NORMAND Philippe COMBETTE Sandrine	<i>Ecologie, Génétique, Evolution</i>	Lyon	41 du 1.1.03 au 31.12.06	CNRS, IRD Université Lyon 1	A

RIOU Jean-Paul ROQUES Marina	Institut Fédératif de Recherche Laennec	Lyon	62 du 1.1.03 au 31.12.06	Inserm, CNRS INRA Université Lyon I	A
RABOURDIN-COMBE Chantal SAMARUT Christiane	BioSciences Lyon-Gerland http://www.ibcp.fr/IFR/	Lyon	128 du 1.1.03 au 31.12.06	Inserm CNRS ENS de Lyon Université Lyon I INRA Institut Pasteur Hospices Civils de Lyon	A
ENJALBERT Alain REIL Christian	Biologie des interactions cellulaires - Institut Jean Roche http://ifrj.nord.univ-mrs.fr	Marseille	11 du 1.1.00 au 31.12.03	Inserm CNRS AP-HM Université d'Aix- Marseille II Université d'Aix-Marseille III	B
ROUGON Geneviève CHASSAING Jean-Louis	Institut de Biologie du développement de Marseille http://ibdm.univ-mrs.fr	Marseille	15 du 1.1.00 au 31.12.03	CNRS Inserm AP-HM Université Aix-Marseille II	B
RAOULT Didier	Pathologies transmissibles et pathologies infectieuses tropicales	Marseille	48 du 1.1.00 au 31.12.03	CNRS, Inserm, Université de Méditerranée, AP-HM, DSSHA, CTS	B
MAWAS Claude	Institut de cancérologie et d'immunologie de Marseille	Marseille	57 du 1.1.00 au 31.12.03	CNRS, Inserm, Institut Paoli Calmettes Université Aix-Marseille II	B
ASTHER Marcel LEBOZEC Francine	Biotechnologie agro-industrielle"	Marseille	86 du 1.1.00 au 31.12.03	INRA, Université Aix-Marseille I Université Aix-Marseille II, IRD	B
BRUSCHI Mireille ROUSIC Robert PAILHOUS Jean	Biologie structurale et microbiologie http://ibsm.cnrs-mrs.fr Institut Etienne-Jules Marey	Marseille	88 du 1.1.00 au 31.12.03	CNRS, Université Aix-Marseille I Université Aix-Marseille II	B
FENOUIL Nathalie FONTES Michel	Institut de Physiopathologie Humaine de Marseille (IPHM)	Marseille	107 du 1.1.01 au 31.12.03	CNRS Université Méditerranée	B
HERY Francis THINUS-BLANC Catherine REQUIN Denise	Sciences du cerveau et de la cognition	Marseille	125 du 1.1.03 au 31.12.03	Inserm CNRS Université de la Méditerranée AP-HM	B
BOCKAERT Joël HORS Jean-Pierre	Communications cellulaires normales et pathologiques http://www.montp.inserm.fr/ifr3.htm	Montpellier	131 du 1.1.03 au 31.12.03	CNRS Université Aix-Marseille I Université Aix-Marseille II AP-HM Inserm	B
			3 du 1.1.03 au 31.12.06	Inserm CNRS CHU de Montpellier Université Montpellier I	A

UZIEL Alain	Neurosciences et Biothérapies http://www.u254.montp.inserm.fr/stelo/	Montpellier	76 du 1.1.03 au 31.12.06	Inserm, Université Montpellier I Université Montpellier II CHU de Montpellier	A
BORIES Christine					
PASTEUR Nicole	Biodiversité continentale méditerranéenne et tropicale http://www.univ-montp2.fr/~ifr-119/	Montpellier	119 du 1.1.02 au 31.12.06	Université Montpellier I Université Montpellier II CNRS INRA IRD CIRAD ENSA-M	A
MACHETEL Evelyne					
BLANCHARD Jean-Marie	Institut Montpellierain de biologie	Montpellier	122 du 1.1.03 au 31 12 06	Université Montpellier 1 Université Montpellier 2 CNRS, Inserm, INRA, IRD IFREMER, Centre Rég. Lutte Cancer	A
COUDERC Françoise					
FELLER Christian	Fonctionnement et gestion des écosystèmes continentaux, terrestres naturels et cultivés, méditerranéens et tropicaux (ECOSYSTEME)	Montpellier	124 du 1.1.03 au 31.12.06	CIRAD, IRD, ENSAM, INRA, CNRS, CNEARC Université Montpellier II	A
TROUSSELLIER Marc	IFR Armand Sabatier – Ecosystèmes aquatiques : anthropisation, fonctionnement et productions	Montpellier / Sète/ Palavas- Les-Flots	129 du 1.1.03 au 31.12.06	CEMAGREF, CIRAD, CNRS, IFREMER, IRD, Université Montpellier I Université Montpellier II	A
CHEVALLIER Pierre	Institut Languedocien de Recherche sur l'Eau et l'Environnement - ILEE	Montpellier/ Alès	123 du 1.1.03 au 31.12.06	BRGM, CEMAGREF, CIRAD, CNRS Ecole Mines d'Alès ENGREF, ENSAM, INRA, IRD Université Montpellier 1 Université Montpellier 2	A
LEBRUN Michel	Génomique et Biologie Intégrative des Plantes (GBIP)	Montpellier/ Perpignan	127 du 1.1.03 au 31.12.06	Université Montpellier II Université de Perpignan ENSA-M, CIRAD, CNRS, INRA, IRD	A
DECARIS Bernard	génétique, physiologie et écologie des interactions microbiennes	Nancy	110 du 1.1.01 au 31.12.04	INRA Université Nancy I	C
BRANLANT Christiane	Enzymes, peptides, ARN, Biomatériaux http://www.cerege.fr	Nancy	111 du 1.1.01 au 31.12.04	CNRS, INRA INPL, Université Nancy I CHU de Nancy	C
BOUHOURS Jean-François	Institut Fédératif de Recherche Thérapeutique de Nantes http://www.ifr26.nantes.inserm.fr	Nantes	26 du 1.1.00 au 31.12.03	Inserm CHU de Nantes Université de Nantes	B
GUEGUEN Jacques	Biocatalyse et fonctionnalisation des protéines	Nantes	81 du 1.1.00 au 31.12.03	INRA Université de Nantes	B
BERGE Jean-Baptiste	Réponses des organismes aux stress physico-chimiques et biologiques et adaptations aux contraintes de l'environnement	Nice	38 du 1.1.00 au 31.12.03	CNRS, INRA, Univ Nice Sophia-Antipolis	B
ROSSI Bernard	Génétique et signalisation moléculaire	Nice	50 du 1.1.00 au 31.12.03	CNRS, Inserm, Univ Nice Sophia Antipolis CHU Nice	B
LANTERI Bettina					

POUYSEGUER Jacques L'ALLEMAIN Gilles	Signalisation, Biologie du développement et Cancer https://www.unice.fr/biochimie/	Nice	72 du 1.1.00 au 31.12.03	CNRS, Inserm, Univ. Nice Sophia Antipolis, Centre A. Lacassagne	B
MAUGER Jean-Pierre	<i>Structure et dynamique des signaux cellulaires</i> http://www.usud.fr/orsay/recherche/ac/ifr46.nsf/IFR_101	Orsay	46 du 1.1.02 au 31.12.05	CNRS, Inserm, CEA, Université Paris XI, Institut Curie	D
LE BIHAN Denis KRUPA Mireille	<i>Institut d'imagerie neuro-fonctionnelle</i> http://www.chups.jussieu.fr/ext/ifr49/index.htm	Orsay	49 du 1.1.02 au 31.12.05	CNRS, Inserm CEA, AP-HP, Université Paris XI, EHESS ENS Télécom Université Paris VI	D
FORTERRE Patrick	Génome : structure, fonction, évolution http://www-archbac.u-psud.fr/Collaborations/IFR/ifr.htm	Orsay Gif-Sur-Yvette	115 du 1.1.02 au 31.12.05	Université Paris XI CNRS Institut Curie INRA	D
BARBIER-BRYGOO Hélène KRIEGER Monique	<i>La plante et son environnement</i>	Orsay / Gif sur Yvette	87 du 1.1.02 au 31.12.05	CNRS, INRA, INAPG, Université Paris XI	D
FARMAN Nicolette GIESEN Eva LEVY Bernard	<i>Institut Claude Bernard : Physiologie et Pathologie</i> http://www.bichat.inserm.fr	Paris	2 du 1.1.01 au 31.12.04	Inserm AP-HP Université Paris VII	C
LEGRAND Corinne	<i>Circulation Paris 7</i> http://www.laribs.jussieu.fr	Paris	6 du 1.1.01 au 31.12.04	Inserm Université Paris VII AP-HP CNRS	C
SOUBRIER Florent LACRONIQUE Marie-Claude CHARNAY Patrick	<i>Cœur, Muscle et Vaisseaux</i> http://www.ifrcmv.chups.jussieu.fr Institut de Biologie de l'ENS http://www.if36.ens.fr	Paris	14 du 1.1.01 au 31.12.04	Inserm Université Paris VI AP-HP	C
COUTURES Marianne CORVOL Pierre	IFR de Biologie au Collège de France : transduction de signaux http://www.if36.ens.fr	Paris	36 du 1.1.02 au 31.12.05	Inserm, CNRS, ENS	D
PAILLARD Michel DE METZ Sophie	Régulations et communications cellulaires http://www.ifr58-cordeliers.jussieu.fr	Paris	52 du 1.1.01 au 31.12.04	CNRS, Inserm Collège de France CNRS, Inserm, Université Paris VI, AP-HP	C
CAPEAU Jacqueline DODEUR Michèle	<i>Cancer, Inflammation, Hormones</i>	Paris	65 du 1.1.01 au 31.12.04	Inserm, AP-HP, Université Paris VI	C

AGID Yves	Neurosciences http://www.ifrms.chups.jussieu.fr/	Paris	70 du 1.1.01 au 31.12.04	Inserm CNRS, Université Paris VI, AP-HP	C
GAILLE Ginette					
DUCRUX Arnaud	Institut des Sciences du Médicament	Paris	71 du 1.1.02 au 31.12.05	Inserm, CNRS, Université Paris V	D
VALETTE Geneviève					
EPELBAUM Jacques	IFR Broca - Sainte Anne sur les Affections du Système Nerveux Central	Paris	77 du 1.1.02 au 31.12.05	Inserm, AP – HP Centre hospitalier Ste Anne Université Paris V	D
GALTIER Annie					
BOUCAUT Jean-Claude	Biologie intégrative http://ifr-bi.snv.jussieu.fr/	Paris	83 du 1.1.01 au 31.12.04	Inserm, CNRS, Université Paris VI	C
KELLY Paul	<i>Institut de Recherches Necker Enfants Malades IRNEIM</i>	Paris	94 du 1.1.02 au 31.12.05	Inserm, CNRS, Université Paris V, AP-HP	D
SUMIDA Charlotte					
DJIAN Philippe	<i>Institut Interdisciplinaire des sciences du Vivant des Saints Pères</i>	Paris	95 du 1.1.02 au 31.12.05	Inserm, CNRS, Université Paris V	D
BARBAULT Robert	<i>Institut fédératif d'écologie fondamentale et appliquée</i>	Paris	101 du 1.1.01 au 31.12.04	CNRS Université Paris VI ENS MNHN IRD	C
NGUYEN VAN Elisabeth					
DEGOS Laurent	IFR St Louis - Institut d'Hématologie http://ih.chu-stlouis.fr	Paris	105 du 1.1.01 au 31.12.04	Inserm CNRS CEA Université Paris VII AP-HP	C
MARIOTTI André	Environnement et gestion de l'espace régional (EGER)	Paris	106 du 1.1.01 au 31.12.04	INRA Paris VI, INA PG, CNRS, ENSCP, IRD, CEMAGREF	C
DEBRE Patrice	<i>Immunité et infection</i>	Paris	113 du 1.1.02 au 31.12.05	Inserm CNRS Université Paris VI AP-HP	D
KAHN Axel	<i>Institut Fédératif de Recherche Alfred Jost</i>	Paris	116 du 1.1.02 au 31.12.05	Inserm AP-HP oubliée ? CNRS Université Paris V	D
FOUCHY Florence	http://www.cochin.inserm.fr	Paris	117 du 1.1.02 au 31.12.05	CNRS Université Paris VII	D
KARSENTI Eric	<i>Biologie systémique</i>				
NAU François	Communication cellulaire http://labo.univ-poitiers.fr/ifr59/	Poitiers	59 du 1.1.00 au 31.12.03	CNRS, INRA CHU de Poitiers Université de Poitiers	B
GUENOUNOU Moncef	<i>Biomolécules : interactions moléculaires, cellulaires, et cellules – matrice extracellulaire</i> http://www.univ-reims.fr/Labos/IFRS3	Reims	53 du 1.1.00 au 31.12.03	CNRS, Inserm, Université de Reims, CHU de Reims	B

DAVY Philippe	Centre Armoricain de Recherches en Environnement http://www.caren.univ-rennes1.fr	Rennes	90 du 1.1.00 au 31.12.03	CNRS, INRA, Université Rennes I Université Rennes II ENSAR	B
DE CERTAINES Jacques	Imagerie métabolique et Modélisation	Rennes	91 du 1.1.00 au 31.12.03	Inserm CHU oublié ? INRA Université Rennes I	B
PHILIPPE Michel	Génomique fonctionnelle et Santé	Rennes	97 du 1.1.00 au 31.12.03	Inserm, CHU oublié ? CNRS, Université Rennes I	B
DE VILLEMEUR Hervé	Reproduction – Développement et Ecophysiologie	Rennes	98 du 1.1.00 au 31.12.03	Inserm, CHU oublié ? INRA, CNRS, Université Rennes I	B
PRUNET Patrick					
RAVAUD Jean-François	Réseau Fédératif de Recherche sur le Handicap http://rfi-handicap.inserm.fr	Réseau	25 du 1.1.03 au 31.12.06	Inserm, CNRS, INED, CNAM CTNERHI Univ. Bordeaux II Univ. Bourgogne Univ. Lyon I Univ. Lille I, Lille II, Lille III Univ. Montpellier I Univ. Nancy I Univ. Paris I, Paris V Univ. Paris VI, Paris VII Univ. Rennes II Univ. Saint Etienne Univ. Valenciennes Institut Garches	B
COURTILLIER Gérard					
VAUDRY Hubert	Institut Fédératif de Recherches Multidisciplinaires sur les Peptides (IFMP) http://www.univ-rouen.fr/ifrmp23	Rouen	23 du 1.1.00 au 31.12.03	CNRS Inserm Université de Rouen Université du Havre CHU de Rouen Centre H. Becquerel	B
DELARUE Catherine					
PEVET Paul	IFR de Neurosciences	Strasbourg	37 du 1.1.01 au 31.12.04	CNRS, Inserm, CHU oublié ? Université Strasbourg 1	C
COSTANTZER Philippe	http://neurochem.u-strasbg.fr/				
HAIECH Jacques	Biomolécules et innovation thérapeutique	Strasbourg	85 du 1.1.01 au 31.12.04	Inserm, CHU oublié ? CNRS, Université Louis Pasteur	C
MYKITA Serge	http://ifr85.u-strasbg.fr/				
CHAP Hugues	Institut Claude de Préval	Toulouse	30 du 1.1.03 au 31.12.06	Inserm CNRS, Université Toulouse III, CHU de Toulouse	A
MARET Ariette	http://ifr30srv.purpan.inserm.fr				
VAYSSE Nicole	Institut Fédératif de Recherche Louis Bugnard	Toulouse	31 du 1.1.03 au 31.12.06	Inserm, Université Toulouse III, CHU Toulouse	A
BASTIE Marie-José	http://www-toulouse.inserm.fr/ifr31.asp				

TRIGALET André GUILHEM Sophie	<i>Signalisation cellulaire et biotechnologie végétale</i> http://ifr40.smcv.ups-tlse.fr	Toulouse	40 du 1.1.03 au 31.12.06	CNRS, INRA, INP de Toulouse Université Toulouse III	A
NESPOULOUS Jean-Luc DARAN Céline	<i>Institut des sciences du cerveau de Toulouse</i>	Toulouse	96 du 1.1.03 au 31.12.06	Inserm, CNRS, Université Toulouse II Université Toulouse III CHU de Purpan	A
RICHARD-FOY Hélène	Institut d'Exploration Fonctionnelle des Génomes http://www.iefg.biotooul.fr	Toulouse	109 du 1.1.03 au 31.12.06	CNRS Université Toulouse III	A
GRANDJEAN Hélène	http://www.iefg.biotooul.fr Santé, Société	Toulouse	126 du 1.1.03 au 31.12.06	Inserm CNRS Université Toulouse II Université Toulouse III CHU de Toulouse	A
PERIQUET Georges	Biologie comparée des transposons et des virus	Tours	82 du 1.1.00 au 31.12.03	CNRS, INRA, Université F. Rabelais	B
POURCELOT Léandre	<i>Imagerie et exploration fonctionnelles</i>	Tours	120 du 1.1.02 au 31.12.03	Inserm CNRS INRA Université de Tours CHRU de Tours EFS Centre-Atlantique	B
LENOIR Gilbert RABEUX Agnès	<i>Bases moléculaires et cellulaires de stratégies nouvelles en cancérologie</i> http://www.igr.fr	Villejuif	54 du 1.1.02 au 31.12.05	CNRS, Inserm, Institut Gustave Roussy, Université Paris XI	D
DUCIMETIERE Pierre LESIEUX Edith	Epidémiologie, Sciences sociales, Santé publique http://ifro9.vif.inserm.fr/	Villejuif	69 du 1.1.02 au 31.12.05	Inserm, AP-HP, EHESP, CNRS Université Paris I Université Paris V Université Paris XI	D
DAUTRY François SIBILLI Lise	<i>Biologie intégrée de la cellule, virus et cancer - Inst André Wolf</i> http://www.vif.cnrs.fr/ial	Villejuif	89 du 1.1.02 au 31.12.05	Inserm, CNRS, AP-HP, Université Paris XI	D
MAZURIER Joël	<i>Protéomique, modifications post-traductionnelles et glycobiologie</i> http://www.univ-lille1.fr/ifr118	Villeneuve d'Ascq	118 du 1.1.02 au 31.12.05	Université Lille I CNRS Inserm CHU oublié ?	D

ANNEXE N° 8 :
La recherche au CH&U de Lille.

L'exemple de la recherche au CH&U de LILLE

L'université de Lille II indique pour sa composante santé un nombre total de 34 laboratoires, ainsi décomposés, et fédérés pour l'essentiel autour de 3 IFR (cf. leur liste plus loin) :

- 5 unités mixtes de recherche CNRS (mixtes avec l'université), dont une sur le site de l'UFR de pharmacie et quatre en biologie sur le site de l'institut de biologie (IBL) commun avec l'institut Pasteur de Lille (qui a un statut de fondation), situé en centre ville, hors site hospitalier ; ces unités comprennent peu d'hospitalo-universitaires ;
- 12 unités INSERM (également mixtes avec l'université), dont 5 sur le site de l'IBL et 7 sur le site du CHU,
- 15 équipes d'accueil, 1 jeune équipe, et 1 équipe de recherche technologique (toutes hospitalo-universitaires, dont 3 équipes d'accueil en pharmacie).

En outre, l'université de Lille I (sciences fondamentales) décline également sur les mêmes sites et IFR 6 unités mixtes avec le CNRS et l'INSERM, où les hospitalo-universitaires sont peu nombreux.

L'université Lille II indique globalement, sans rattachement aux unités citées, comme « effectifs impliqués dans les laboratoires de recherche reconnus dans le cadre du volet recherche du contrat quadriennal 2002-2005 », un total de 793 personnes physiques :

- pour le CH&U sont recensés : 77 PU-PH, 44 MCU-PH, 47 PH (à temps partiel estimé à 20%), 8 CCA, assistés d'une part de 10 ingénieurs, 12 techniciens, 3 administratifs, rémunérés par le CHU, et d'autre part d'un nombre non précisé de IATOS rémunérés par l'université (45 pour l'ensemble des laboratoires soit 34 en santé et 11 en droit et STAPS)
- coté CNRS, sont identifiés : 7 directeurs de recherche et 30 chargés de recherche (mais le CNRS a deux unités rattachées à l'UFR de droit), assistés de 38 IATOS, l'ensemble de ces personnels étant donc à répartir entre les 7 unités CNRS de Lille II
- côté INSERM, apparaissent 24 directeurs de recherche et 34 chargés de recherche, assistés de 8 ingénieurs, 4 assistants ingénieurs, 21 techniciens et 6 administratifs,
- côté institut Pasteur, on trouve 72 IATOS (et aucun chercheur) et chez d'autres acteurs non précisés 42 chercheurs, 14 maîtres de conférences et 18 techniciens,
- enfin du côté des autres disciplines universitaires, exercent 94 professeurs des universités et 130 maîtres de conférences, assistés d'une partie des 45 IATOS déjà cités.

Le souci de ne pas individualiser la composante santé au sein de l'université (ici Lille II) ou de ne pas porter atteinte à l'autonomie des EPST (qui peuvent être partenaires d'autres universités, ici Lille I) rend donc peu lisible la physionomie de la recherche partenariale conduite par le CH&U et les deux EPST qui lui sont associés. Elle représente pourtant environ 450 personnes dont 60% d'enseignants-chercheurs ou chercheurs et 40% d'IATOS. sont activement impliqués dans la recherche structurée en unités et IFR.

ANNEXE N° 9 :
Etude sur le coût de l'étudiant à l'université
de Strasbourg I (Louis Pasteur).

Etude sur le coût de l'étudiant à l'université de Strasbourg I (Louis Pasteur)

Le coût complet des études de santé est mal cerné. Ces études ne sont pas isolées dans le Compte de l'éducation au sein des études supérieures. Le temps consacré aux études à l'hôpital, les salaires des internes, sont évalués dans le compte satellite santé.

La seule étude approfondie reste encore aujourd'hui une étude ancienne sur les coûts (sur l'année universitaire 1991-92) menée à l'université Louis Pasteur (ULP) à Strasbourg qui a mis en évidence les coûts en médecine, chirurgie dentaire et pharmacie, y compris le coût en personnel enseignant pour l'enseignement « au lit du malade » mais non celui des encadrements en personnel hospitalier, fonctionnement et amortissement de l'assistance publique¹. Cette étude mettait en évidence que les coûts unitaires des étudiants des disciplines médicales étaient en moyenne les plus élevés.

Une actualisation a été effectuée et confirme cette conclusion :

Cycle/filière	Coût public par étudiant en Francs 2001 sur la base de l'étude ULP Strasbourg I			
	Droit ScEco	Lettres SH	Sciences	Médicales
1er cycle	14929	19855	33889	41204
2ème cycle	21796	22543	66882	82408
3ème cycle	39114	34934	52998	111519

Le calcul des coûts d'enseignement et de recherche est donc insuffisamment suivi, ainsi que les modalités de répartition entre le centre hospitalier et l'université. Il est nécessaire de le renforcer en coordonnant les études relatives aux coûts universitaires et aux coûts hospitaliers « au lit du malade » avec une définition plus précise de tous les éléments constitutifs de la formation (ainsi que, pour les salaires des internes, de la contrepartie que constitue leur participation active au service public hospitalier).

¹ ministère de l'éducation nationale. Observatoire des coûts. L'université Strasbourg I (Louis Pasteur).

ANNEXE N° 10 :
Prospective 2002-2012 des filières santé.

Prospective 2002-2012 des filières santé : méthodologie d'une approche simplifiée

En effet, projeter l'effet du numerus clausus d'ici 2012 nécessite peu d'hypothèses, car les effectifs de janvier 2012 reposent sur les numerus clausus de 2002 à 2011 :

- ceux de 2002 et 2003 sont fixés (5100 et 5550 respectivement) ;
- ceux de 2004 à 2008 sont supposés par prudence continuer la même progression afin d'atteindre 8000 en 2008,
- le niveau de 8000 est supposé maintenu trois ans, pour redescendre ensuite à 7000 en 2011.

L'impact d'une réforme du PCEM1, telle que l'a préparée la commission Debouzie, n'est pas intégré dans cette estimation.

Figurent **en gras** dans le tableau suivant, outre les numerus clausus de médecine, les effectifs du PCEM1 pour toutes les années et les effectifs détaillés de l'année 2002-2003 (données SISE source DEP). Les autres effectifs sont calculés.

Les effectifs des différentes années sont ajustés sur le numerus clausus applicables, en tenant compte d'un taux de redoublants, calculé sur la base des données SISE récentes.

Pour simplifier, on approche l'effectif du troisième cycle par le cumul de quatre numerus clausus, moyenne entre le cursus des résidents (3 ans) et celui des internes (5 ans voire davantage). Un suivi plus fin sur la base de données SISE ne modifierait pas fondamentalement les évolutions constatées dans le passé ou projetées, mais rendrait compte des évolutions internes au troisième cycle, et des diplômes complémentaires (DU).

Ce scénario plutôt intermédiaire, compte tenu des débats et orientations actuels, est proposé à titre purement illustratif. Il se traduit néanmoins par :

- une progression de 50% des étudiants entre 2002 et 2012 pour l'ensemble de la filière médicale (doctorats, DES et DESC seulement),
- une progression de 78% pour les années au-delà du PCEM1,
- une progression de 93% pour le deuxième cycle,
- une progression de 75% pour le troisième cycle.

D'autres scénarios, plus dynamiques encore, pourraient être proposés.

**ANNEXE N° 11 :
Critères analytiques de répartition des
moyens (SAN REMO).**

**Critères d'effectifs étudiants utilisés pour le financement des universités
(Système Analytique de répartition des Moyens ou SAN REMO)**

En vue de produire des critères de répartition de moyens, le Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche utilise le Système ANalytique de REpartition des Moyens (SANREMO) : il mesure des besoins théoriques en personnels enseignants et IATOS et en crédits de fonctionnement des établissements d'enseignement supérieur, à partir des besoins et des coûts constatés dans les différents domaines de formation.

Les préparations aux diplômes nationaux sont regroupées dans 43 classes de formation et dans 2 secteurs (secondaire qui regroupe les formations scientifiques et de santé, tertiaire qui regroupe les formations juridiques, économiques, littéraires et de sciences humaines).

A chacune de ces classes, exceptées celles de Médecine et d'Odontologie, correspond une charge d'enseignement exprimée en Heures/Etudiant (H/E), heures équivalent TD.

Dans le domaine des études de Santé :

MEDECINE, ODONTOLOGIE

1 ^{er} cycle	2 ^{ème} Cycle	3 ^{ème} Cycle
M1 1 ^{ère} année du PCEM, années préparatoires paramédicales quand elles existent APEMK, APEE, APEP	M4 1 ^{ère} , 2, 3 et 4 ^{èmes} années du DCEM (Bac+3,4,5,6)	M7 Résidanat, DES, DESC
M2 2 ^{ème} année du PCEM	M5 MSBM, DPRBM	Capacité, DIS, AFS, AFSA
M3 Formations paramédicales 2 ^{ème} année des études en chirurgie dentaire (Bac+2)	M6 3,4 et 5 ^{èmes} années des études en chirurgie dentaire (Bac+3,4,5)	M8 DESS de médecine CES d'odontologie, CECSMO, DESCB, AEACD

PHARMACIE

1 ^{er} cycle	2 ^{ème} Cycle	3 ^{ème} Cycle
S5 1 ^{ère} année des études de pharmacie 2 ^{ème} année des études de pharmacie	S6 3 et 4 ^{èmes} années des études de pharmacie	A.H.U. (5) D.E. Pharm. (6) DES pharmacie DIS

Les effectifs globaux ne sont utilisés en médecine et odontologie que pour l'attribution de crédits de fonctionnement et de personnels IATOS à l'université au titre des composantes santé, non pour l'attribution des postes de personnels hospitalo-universitaires. Le président d'université dans le cadre de son budget les répartit comme il le souhaite, et garde la maîtrise du personnel IATOS, qui n'est d'ailleurs pas affecté aux composantes.

A chaque classe des études de Médecine et d'Odontologie correspond un crédit de fonctionnement par étudiant (en 2002), mais ils ne sont pas associés à des ratios d'heures d'enseignement par étudiant.

M1	228,2 €
M2	300,0 €
M3	450,0 €
M4	350,0 €
M5	300,0 €
M6	450,0 €
M7	450,0 €
M8	450,0 €

Les effectifs des classes de Médecine et d'Odontologie sont multipliés par le crédit par étudiant correspondant à chaque classe.

Avant intégration dans le CH&U conjoint avec la médecine, tel que prévu par la loi du 4/3/2002, la pharmacie voit ses effectifs d'enseignants-chercheurs financés sur la base des effectifs étudiants (critères S5 effectifs du PCEP1 et S6 effectifs PCEP2 DCEP et DES de pharmacie).

A chaque classe des études de pharmacie correspond aussi un crédit de fonctionnement (SanRemo) par étudiant (en 2002).

S5	162,8 €
S6	357,0 €

La dotation théorique d'un établissement en crédits de fonctionnement s'obtient par la somme de 4 éléments :

- * la compensation du sous-encadrement en personnels enseignants
- * le fonctionnement pédagogique
- * le fonctionnement logistique
- * la compensation du sous-encadrement en personnels IATOS.

ANNEXE N° 12 :
Redéploiements 1993-2003 des effectifs HU
titulaires par discipline.

Annexe 12 Redéploiements 1993-2003 des effectifs hospitalo-universitaires titulaires par discipline

Discipline	1993			2003			Var 03/93	Var% 03/93	
	MCF	PR	Total	MCF	PR	Total			
4201	49	95	144	53	78	131	-13	-9%	4201 Anatomie
4402	212	104	316	188	85	273	-43	-14%	4402 Physiologie
5301	0	189	189	1	148	149	-40	-21%	5301 Médecine interne : gériatrie et biologie du vieillissement (2 opti
4401	226	109	335	219	79	298	-37	-11%	4401 Biochimie et biologie moléculaire
4202	109	57	166	94	39	133	-33	-20%	4202 Cytologie et histologie
4301	162	88	250	144	74	218	-32	-13%	4301 Bionphysique et médecine nucléaire
4203	128	107	235	117	93	210	-25	-11%	4203 Anatomie et cytologie pathologiques
4801	72	89	161	36	109	145	-16	-10%	4801 Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
4502	81	39	120	73	33	106	-14	-12%	4502 Parasitologie et mycologie
5302	0	98	98	0	85	85	-13	-13%	5302 Chirurgie générale
5002	0	94	94	0	84	84	-10	-11%	5002 Chirurgie orthopédique et traumatologique
5401	0	154	154	3	142	145	-9	-6%	5401 Pédiatrie
4903	0	63	63	1	57	58	-5	-8%	4903 Psychiatrie d'adultes
5202	0	54	54	0	49	49	-5	-9%	5202 Chirurgie digestive
4803	74	67	141	77	60	137	-4	-3%	4803 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique (2 option
5403	0	108	108	0	104	104	-4	-4%	5403 Gynécologie et obstétrique
4902	0	71	71	0	68	68	-3	-4%	4902 Neurochirurgie
5502	0	60	60	0	57	57	-3	-5%	5502 Ophtalmologie
5503	0	33	33	0	31	31	-2	-6%	5503 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
4904	0	31	31	0	30	30	-1	-3%	4904 Pédiopsychiatrie
5402	0	63	63	0	63	63	0	0%	5402 Chirurgie infantile
5404	0	63	63	0	63	63	0	0%	5404 Endocrinologie et maladies métaboliques
4603	19	31	50	19	32	51	1	2%	4603 Médecine légale et droit de la santé
5203	0	65	65	0	66	66	1	2%	5203 Néphrologie
4602	21	28	49	25	26	51	2	4%	4602 Médecine et santé au travail
5004	0	24	24	0	26	26	2	8%	5004 Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie (2
5001	0	56	56	0	59	59	3	5%	5001 Rhumatologie
5103	0	79	79	1	81	82	3	4%	5103 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
5201	0	107	107	1	110	111	4	4%	5201 Gastro-entérologie ; hépatologie (2 options)
4802	0	56	56	0	62	62	6	11%	4802 Réanimation médicale
4905	0	33	33	0	39	39	6	18%	4905 Médecine physique et de réadaptation
5101	0	79	79	1	84	85	6	8%	5101 Pneumologie
4901	0	91	91	0	98	98	7	8%	4901 Neurologie
5003	0	57	57	0	64	64	7	12%	5003 Dermato-vénérologie
5405	42	35	77	46	38	84	7	9%	5405 Biologie et médecine du développement et de la reproduction
5501	0	73	73	0	80	80	7	10%	5501 Oto-rhino-laryngologie
4503	0	49	49	1	56	57	8	16%	4503 Maladies infectieuses : maladies tropicales (2 options)
5104	0	42	42	1	49	50	8	19%	5104 Chirurgie vasculaire : médecine vasculaire (2 options)
5102	0	111	111	0	122	122	11	10%	5102 Cardiologie
5204	0	62	62	0	73	73	11	18%	5204 Urologie
4804	11	46	57	21	48	69	12	21%	4804 Thérapeutique
4703	53	58	111	55	70	125	14	13%	4703 Immunologie
4501	144	82	226	158	83	241	15	7%	4501 Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière (2 options)
4601	45	46	91	52	54	106	15	16%	4601 Epidémiologie, économie de la santé et prévention
4701	98	96	194	90	119	209	15	8%	4701 Hématologie ; transfusion (2 options)
4302	1	149	150	12	155	167	17	11%	4302 Radiologie et imagerie médicale
4404	10	27	37	19	37	56	19	51%	4404 Nutrition
4403	29	30	59	39	42	81	22	37%	4403 Biologie cellulaire
4604	35	30	65	44	43	87	22	34%	4604 Biostatistiques, informatique médicale et technologies de comm
4702	19	76	95	19	107	126	31	33%	4702 Cancérologie ; radiothérapie (2 options)
4704	43	29	72	51	54	105	33	46%	4704 Génétique

ANNEXE N° 13 :
Typologie DREES des établissements de
santé.

Région	Etablissement	statut	part GHM>4000	nbe séjours
Ile-de-France	CENTRE "M. LANNELONGUE" LE PLESSIS ROBINSON	PSPH		
Ile-de-France	INSTITUT MONTSOURIS PARIS	PSPH		
Ile-de-France	HOPITAL EUROPEEN G POMPIDOU (AP-HP)	CHRU	7,8%	29403
Nord-Pas-de-Calais	CENTRE HOPALE	PSPH		
Ile-de-France	GROUPE HOSP. PITIE-SALPETRIERE (AP-HP)	CHRU	6,9%	79926
PACA	HOPITAL LA TIMONE ADULTES (APM)	CHRU	6,8%	41773
Aquitaine	CLINIQUE MUTUALISTE DE PESSAC	PSPH		
Ile-de-France	HOPITAL HENRI MONDOR (AP-HP)	CHRU	6,6%	41803
Ile-de-France	HOPITAL JEAN ROSTAND (AP-HP)	CHRU	6,6%	6149
Ile-de-France	CENTRE "MEDICO-CHIR FOCH" SURESNES	PSPH		
Nord-Pas-de-Calais	C.H.U. DE LILLE	CHRU	6,3%	113309
PACA	CLCC "PAOLI-CALMETTES" MARSEILLE	CLCC		
Rhône-Alpes	CLINIQUE MUTUALISTE	PSPH		
Bretagne	C.H.U. DE RENNES	CHRU	6,2%	81203
Ile-de-France	CENTRE "FONDATION HOP. ST JOSEPH" PARIS	PSPH		
Ile-de-France	HOPITAL NECKER ENFANTS MALADES (AP-HP)	CHRU	5,8%	38611
Champagne-Ardenne	C.H.U. DE REIMS	CHRU	5,8%	63382
Bretagne	C.H.U. DE BREST	CHRU	5,7%	51316
PACA	HOPITAL SAINTE MARGUERITE (APM)	CHRU	5,7%	31910
Auvergne	C.H.U. DE CLERMONT-FERRAND	CHRU	5,5%	70075
Aquitaine	C.H.U. DE BORDEAUX	CHRU	5,5%	152280
Ile-de-France	HOPITAL PAUL BROUSSE (AP-HP)	CHRU	5,5%	11216
Ile-de-France	CENTRE "HOPITAL DE LA CROIX ST-SIMON" PARIS	PSPH		
Alsace	CENTRE "T.O. D'ILLKIRCH"	PSPH		
Basse-Normandie	C.H.U. DE CAEN	CHRU	5,2%	69003
Bourgogne	C.H.U. DE DIJON	CHRU	5,2%	63319
Ile-de-France	CLCC "INSTITUT G. ROUSSY" VILLEJUIF	CLCC		
Ile-de-France	G.I.H. BICHAT / CLAUDE BERNARD (AP-HP)	CHRU	5,2%	42316
Ile-de-France	CENTRE "FOND. OPHTALMO. ROTHSCHILD" PARIS	PSPH		
Pays-de-la-Loire	C.H.U. DE NANTES	CHRU	5,0%	85514
Rhône-Alpes	C.H.U. DE GRENOBLE	CHRU	4,9%	79057
Alsace	C.H.U. STRASBOURG	CHRU	4,9%	113598
Ile-de-France	HOPITAL HOTEL-DIEU (AP-HP)	CHRU	4,8%	23007
Nord-Pas-de-Calais	CLCC "O. LAMBRET" LILLE	CLCC		
Ile-de-France	HOPITAL AMBROISE PARE (AP-HP)	CHRU	4,7%	22438
Limousin	C.H.U. DE LIMOGES	CHRU	4,7%	65201
Ile-de-France	HOPITAL TROUSSEAU (AP-HP)	CHRU	4,7%	17532
Rhône-Alpes	C.H.U. DE ST ETIENNE	CHRU	4,7%	55042
Ile-de-France	HOPITAL DE BICETRE (AP-HP)	CHRU	4,7%	39131
Lorraine	CENTRE DE BELLE ISLE	PSPH		
Lorraine	C.H.U. DE NANCY	CHRU	4,5%	108103
Auvergne	CLCC "JEAN-PERRIN" CLERMONT-FERRAND	CLCC		
Ile-de-France	HOPITAL SAINT-LOUIS (AP-HP)	CHRU	4,4%	35592
Haute-Normandie	C.H.U. DE ROUEN	CHRU	4,4%	88747
Rhône-Alpes	CLCC "LEON BERARD" DE LYON	CLCC	4,4%	
Ile-de-France	HOPITAL SAINT-ANTOINE (AP-HP)	CHRU	4,4%	33996
Rhône-Alpes	CENTRE "HOPITAL ST JOSEPH ST LUC" LYON	PSPH		
Pays-de-la-Loire	C.H.U. D'ANGERS	CHRU	4,3%	69699
Centre	C.H.U. DE TOURS	CHRU	4,3%	84025
Rhône-Alpes	HOSPICES CIVILS DE LYON	CHRU	4,3%	181216
PACA	HOPITAL LA TIMONE ENFANTS (APM)	CHRU	4,2%	18216
Nord-Pas-de-Calais	CLINIQUE TEISSIER VALENCIENNES	PSPH		
Franche-Comté	C.H.U. DE BESANCON	CHRU	4,2%	66312
Lorraine	CENTRE "HOPITAL ST ANDRE" METZ	PSPH		
Languedoc-Roussillon	CLCC MONTPELLIER	CLCC		
NB1 : A Partir de ce niveau seuls les sites de CHU ou CHR sont listés				
Languedoc-Roussillon	CHU MONTPELLIER	CHRU	3,9%	115577
Midi-Pyrénées	CHU TOULOUSE	CHRU	3,9%	155836
PACA	CHU NICE	CHRU	3,9%	82664
Ile-de-France	TENON (AP-HP)	CHRU	3,8%	30945
Picardie	CHU AMIENS	CHRU	3,7%	67357
Poitou-Charentes	CHU POITIERS	CHRU	3,6%	72995
Ile-de-France	R. POINCARE (AP-HP)	CHRU	3,4%	9479
PACA	H. NORD (AP-HM)	CHRU	2,9%	80287
Centre	CHR ORLEANS	CHRU	2,9%	31601
Ile-de-France	AVICENNE (AP-HP)	CHRU	2,8%	41677
Ile-de-France	BECLERE (AP-HP)	CHRU	2,8%	55615
Lorraine	CHR METZ-THONVILLE	CHRU	2,8%	23853
Ile-de-France	COCHIN PORT-ROYAL SVP (AP-HP)	CHRU	2,3%	26052
Ile-de-France	R. DEBRE (AP-HP)	CHRU	2,2%	70250
Ile-de-France	L.MOURIER (AP-HP)	CHRU	2,2%	19126
Languedoc-Roussillon	CHU NIMES	CHRU	2,2%	27393
PACA	CONCEPTION (AP-HM)	CHRU	1,8%	20011
Ile-de-France	J.VERDIER (AP-HP)	CHRU	1,4%	52082
Ile-de-France	ROTHSCHILD (AP-HP)	CHRU	1,0%	39710
NB2 : pour mémoire si les 6 sites des HCL étaient éclatés ils apparaîtraient ainsi				
Rhône-Alpes	NEUROCARDIO (HCL)	CHRU	9,8%	37244
Rhône-Alpes	DEBROUSSE (HCL)	CHRU	3,8%	13843
Rhône-Alpes	CROIX-ROUSSE (HCL)	CHRU	2,9%	21091
Rhône-Alpes	E. HERRIOT (HCL)	CHRU	2,9%	13109
Rhône-Alpes	LYON SUD (HCL)	CHRU	1,7%	77594
Rhône-Alpes	HOTEL-DIEU (HCL)	CHRU	1,6%	18335
NB3 : avertissement méthodologique				
Cette liste de sites comprend tous les sites principaux des CHU de Paris, Lyon et Marseille (22 sites pour l'AP-HP, 6 sites HCL, 5 sites AP-HM)				
Elle comprend tous les CHU métropolitains (24 hors PLM), les 2 CHR, et les 14 PSPH et 6 CLCC qui comptent plus de 4% de GHM>4000				
Ce critère très chirurgical retient davantage de PSPH chirurgicaux spécialisés et ne favorise pas les CLCC (6 sur 20 seulement dépassent 4%)				
Parmi les PSPH dépassant 4% de GHM>4000 seulement 6 sur 14 sont associés au CH&U				
Enfin ce critère ne retient pas les autres associés des CH&U, tels les CH non spécialisés, a fortiori les CHS spécialisés en santé mentale				

ANNEXE N° 14 :
Liste des sigles utilisés dans le rapport.

Annexe 14

Liste des Sigles utilisés

AEA	Attestation d'études approfondies
AFS	Attestation de formation spécialisée
AFSA	Attestation de formation spécialisée approfondie
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de Santé
AHU	Assistant hospitalo-universitaire
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AP-HP	Assistance publique- hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
BQR	Bonus qualité recherche
CCA	Chef de clinique assistant
CCRMS	Comité de coordination de la recherche médicale et en santé
CH&U	Centre hospitalier et universitaire
CHR	Centre hospitalier régional
CIC	Centre d'investigation clinique
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CME	Commission médicale d'établissement
CNEM	Commission nationale des études médicales
CNR	Centres nationaux de référence
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNU	Conseil national des universités
COCOHU	Comité de coordination hospitalo – universitaire
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
CPU	Conférence des présidents d'universités
CREB	Commission régionale des études biologiques
CREM	Commission régionale des études médicales
CREP	Commission régionale des études pharmaceutiques
CSERD	Centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaire
CSP	Code de la Santé publique
DCED	Deuxième cycle des études dentaires
DCEM	Deuxième cycle des études médicales
DCEP	Deuxième cycle des études pharmaceutiques
DE	Diplôme d'Etat
DEP	Direction de l'évaluation et de la prospective (ministère de l'Education Nationale et de la Recherche)
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DESCQ	Diplôme d'études spécialisées complémentaires qualifiantes
DESS	Diplôme d'études supérieures spécialisées
DEUST	Diplôme d'études universitaires scientifiques et technologiques
DGS	Direction générale de la Santé
DHU	département hospitalo-universitaire
DIS	Diplôme inter-universitaire de spécialité
DPE	Direction des personnels enseignants (ministère de l'Education Nationale et de la Recherche)
DRASS	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministre chargé de la Santé)
DU	Diplôme d'université
ECTS	European Credit Transfer System
EPST	Etablissement public à caractère scientifique et technologique
FHF	Fédération hospitalière de France
FNS	Fonds national de la Science

GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupes Homogènes de Malades
GHU	Groupement hospitalo-universitaire
HDR	Habilitation à diriger des recherches.
HEGP	Hôpital européen Georges Pompidou
IATOS	(personnels) ingénieurs, administratifs, techniciens, ouvriers et de service
IBL	Institut de biologie de Lille
ICIH	International conference on harmonisation of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use
IFR	Institut fédératif de recherche
INSERM	Institut national de la Santé et de la recherche médicale
ISA	Indicateur synthétique d'activité
IVS	Institut de veille sanitaire
LMD	Licence-master-doctorat
MCU-PH	maître de conférences – praticien hospitalier
MEAH	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'accompagnement de la contractualisation
MIR	Médecin Inspecteur régional
MNC	Mission nationale de contrôle
MSBM	Maîtrise de sciences biologiques et médicales
MST	Maîtrise de sciences et techniques
OST	Office des sciences et technologies
PCED	Premier cycle des études dentaires
PECM	Premier cycle des études médicales
PCEP	Premier cycle des études pharmaceutiques
PH	Praticien hospitalier
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PHU	Personnel hospitalo-universitaire
PLFSS	Projet de loi de finances de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPF	Programme pluri-formations
PSPH	Participant au service public hospitalier
PU-PH	Professeur des universités-praticien hospitalier
RBM	Recherche bio-médicale
SAN REMO	Système analytique de répartition des moyens
SISE	Système d'information sur le suivi des étudiants
SLD	Soins de Longue Durée
SSR	Soins de Suite et Réadaptation
STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
STS	Sections de techniciens supérieurs
T2A	Tarifification à l'activité
TICE	Technologies de l'information et de la communication
UFR	Unité de formation et de recherche
UMR	Unité mixte de recherche
VAE	Validation des acquis de l'expérience