

Cour des comptes



Le 7 DEC. 2018

**Le Premier président**

à

**Monsieur Édouard Philippe**

Premier Ministre

Réf. : S2018-3661

**Objet** : le rôle des centres hospitaliers universitaires

En application des dispositions de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, le Premier président de la Cour des comptes a été saisi par le Président de la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 3 novembre 2016, d'une demande d'enquête sur « le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé ». La Cour a répondu à cette demande par deux rapports successifs, le premier remis en novembre 2017 consacré à l'activité de recherche et de formation des CHU, le second, remis en décembre 2018, parallèlement à la transmission au Gouvernement du présent référé, consacré à l'activité de soins.

Institués par une ordonnance du 30 décembre 1958<sup>1</sup>, les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont des établissements publics de santé liés par convention à une université et chargés d'une triple mission de soins, de formation et de recherche. Alors que leur création a largement contribué à la modernisation du système hospitalier français, les CHU apparaissent aujourd'hui fragilisés dans leurs missions.

---

<sup>1</sup> Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

Les difficultés rencontrées par ces établissements se traduisent en premier lieu par un exercice inégal de leurs missions : très hétérogènes, les trente CHU ont une activité qui ne les distingue pas clairement de certains autres établissements de soins publics ou même privés. Le modèle des CHU apparaît lui-même en voie d'essoufflement, tant pour ce qui est des conditions de financement des établissements, que de leur pilotage stratégique ou de l'attractivité de la carrière hospitalo-universitaire.

Cet essoufflement de l'institution hospitalo-universitaire appelle des réformes rapides, articulées en particulier autour de la constitution d'une dizaine de réseaux de CHU, à même de garantir la capacité de ces établissements à assurer leurs missions dans de bonnes conditions.

## **1 UN ENSEMBLE HÉTÉROGÈNE, UNE CAPACITÉ INÉGALE À ASSURER LEURS MISSIONS**

Des disparités très importantes existent entre CHU en termes de taille et de volume d'activité. Ainsi, en 2015, avec 7,3 Md€ de produits, l'AP-HP représentait 26 % de l'ensemble des CHU. Loin derrière, les cinq CHU suivants avaient un budget compris entre 1,1 Md€ et 1,7 Md€. Enfin, les huit CHU les plus petits disposaient des budgets de moins de 500 M€, les deux derniers étant ceux de Nîmes (446 M€ de produits) et de Pointe-à-Pitre (325 M€). Ces disparités de taille ont pour conséquence des difficultés particulières pour certains CHU à assurer la totalité de leurs missions.

### **1.1 Une activité de soins aux spécificités souvent peu marquées**

Des trois missions de soins, de recherche et de formation, la première concentre aujourd'hui la plus grande partie des moyens des CHU. Avec 70 603 lits et 5,6 millions de séjours et séances, les 30 CHU représentent 37,9 % des séjours de l'hospitalisation publique.

#### **1.1.1. Des activités de recours inégalement exercées par les différents CHU**

Les typologies habituellement utilisées pour caractériser l'activité d'offre de soins des établissements de santé distinguent trois niveaux : les « activités de proximité », qui correspondent aux soins les plus courants et peuvent être pratiquées dans la plus grande partie des établissements ; les « activités d'expertise », qui portent sur des soins plus complexes ; enfin, les « activités de recours », réservées à certains établissements de pointe en raison de leur complexité, des équipements qu'elles requièrent ou des autorisations auxquelles elles sont soumises. Les méthodes de mesure de ces différents types d'activités restent à fiabiliser, mais montrent que la répartition des activités de soins varie considérablement d'un CHU à l'autre.

Ainsi, les activités de recours, si elles sont exercées essentiellement par les CHU, dont elles représentent en moyenne 4,6 % de l'activité contre 0,4 % dans les centres hospitaliers (CH) et 0,1 % dans les cliniques privées, sont distribuées de manière très hétérogène selon les établissements. Dans certains CHU comme ceux de Brest, la Martinique, Nice, Nîmes, Poitiers ou Tours, elles représentent moins de 3 % de l'activité totale. À l'inverse, elles en constituent plus de 5 % dans huit CHU, dont les plus importants en termes d'activité : Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM), Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) et Hospices civils de Lyon (HCL). Une analyse plus large portant sur la proportion des activités de recours et d'expertise dans l'activité totale montre qu'il n'y a pas de différence significative de type d'activité entre les CHU de Brest, Pointe-à-Pitre, Fort-de-France, Nîmes et Poitiers et celle des centres hospitaliers (CH) d'Annecy, Colmar et Pontoise ou des établissements à but non lucratif comme Saint-Vincent Saint-Antoine (59) ou le centre chirurgical Foch (92).

### **1.1.2. Des activités de proximité qui ne se distinguent pas significativement de celles exercées dans les autres établissements de soins**

À l'autre extrémité du spectre, les soins de proximité représentent une part prépondérante de l'activité des CHU, selon des modalités qui les différencient peu des CH ou des cliniques privées. Ainsi, en 2016, les activités de proximité des CHU ne comportaient que 5 % de séjours chirurgicaux contre 56 % de séjours de médecine, soit une répartition voisine de celle des CH, dont l'activité de proximité se composait de 6,2 % de séjours chirurgicaux et de 52 % de séjours de médecine. Dans les activités les plus courantes, les CHU font également face à une concurrence très forte des cliniques du secteur privé. Cette concurrence s'exerce notamment dans cinq domaines : obstétrique, cardiologie interventionnelle, endoscopies digestives, chirurgie de la cataracte et urologie. Ces cinq domaines représentaient, en 2016, 444 230 séjours dans les CHU contre 2 293 533 dans les cliniques privées.

Ainsi, si une dizaine de CHU assurent une part prépondérante de l'activité et présentent bien une spécificité en matière de soins, avec une forte proportion d'activité de recours et d'expertise, d'autres ont essentiellement une activité de proximité, très proche de celle exercée par des établissements de soins non universitaires.

### **1.1.3. Les patients les plus âgés relativement peu présents en CHU**

De plus, le profil clinique des patients pris en charge en CHU ne se distingue que très peu de celui des autres catégories d'établissements publics. Ainsi, la proportion des séjours de patients dont les affections présentent un faible niveau de sévérité<sup>2</sup> est de 63,7 % dans les CHU contre 63,5 % en CH. La principale spécificité des CHU concerne l'âge des patients, l'analyse des séjours mettant en évidence un effet d'éviction des patients de plus de 85 ans des CHU. Ainsi, tous niveaux de sévérité confondus, les patients de plus de 85 ans sont hospitalisés en CH dans 46 % des cas, 21 % dans le secteur privé lucratif et 18 % en CHU. À l'inverse, les enfants de moins de 4 ans sont surreprésentés dans les CHU. Cette situation résulte essentiellement des régimes d'autorisations en vigueur, les CHU bénéficiant d'autorisations de surspécialités pédiatriques aussi bien en chirurgie qu'en médecine et de la présence d'un service d'urgence pédiatrique.

Au total, la mission de soins des CHU est aujourd'hui exercée de manière très hétérogène entre les différents établissements, tant en termes de volume d'activité que de types d'actes, certains CHU consacrant l'essentiel de leur activité à des soins de proximité qui ne les distinguent pas de ceux délivrés par d'autres établissements de soins publics ou privés. Ce constat ne peut manquer de soulever la question de la pertinence de la graduation des soins dans notre pays et de l'articulation des missions respectives des différents types d'établissements de soins.

## **1.2 Un exercice inégal des missions de recherche et de formation**

Les relations entre les CHU et leurs universités de rattachement ont connu des évolutions sensibles au cours des dernières années, avec les nouvelles responsabilités exercées par les universités et la part croissante des autres disciplines dans la recherche médicale (informatique, bio-statistique, robotique, nanotechnologies, sciences de l'ingénieur, économie de la santé, droit...).

---

<sup>2</sup> Niveaux identifiés dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) par les codes 1, A, T et J figurant dans la dénomination du groupe homogène de malade (GHM).

### **1.2.1 Un financement et une organisation de la recherche qui ont beaucoup évolué au cours des cinq dernières années**

Dans ce contexte, les relations entre les présidents d'université et les dirigeants des CHU se sont renforcées, au-delà du rôle traditionnel exercé par les doyens des facultés de médecine. Toutefois, le financement de la recherche médicale s'est lui-même diversifié, avec le développement progressif des structures de soutien à la recherche financées par le ministère chargé de la santé : délégations à la recherche clinique et à l'innovation, centres d'investigation clinique et centres de ressources biologiques. Par ailleurs, l'activité de recherche des CHU a été accompagnée par la mise en œuvre, sur les crédits de l'assurance maladie, du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et la définition de stratégies de recherche des établissements. Plus récemment, des « instituts hospitalo-universitaires » (IHU), financés par les crédits du Programme d'investissements d'avenir (PIA), ont été constitués pour regrouper des équipes hospitalo-universitaires et des laboratoires labellisés par les organismes de recherche et les universités. Les résultats de ces structures très spécifiques restent encore à évaluer. En tout état de cause, le modèle spécifique des IHU ne peut avoir qu'une portée limitée et ne peut pas être envisagé comme le futur modèle des CHU.

### **1.2.2 Des résultats internationaux qui témoignent d'une érosion de la position de la France en matière de recherche biomédicale**

Ces évolutions de l'organisation et du financement de la recherche dans les CHU n'ont toutefois pas permis de maintenir le rang de la France en matière de recherche biomédicale : si ces classements doivent être considérés avec précaution, il n'en souligne pas moins une érosion de la position de notre pays qui se situe désormais au 5<sup>ème</sup> rang mondial en ce qui concerne la part des publications à fort impact en matière de biologie fondamentale (avec 6,5 % des publications) et au 8<sup>ème</sup> rang en matière de recherche médicale (6,4 % des publications). Avec une part qui progresse peu depuis 2011 pour la recherche médicale, la France a ainsi été dépassée par la Chine, mais aussi par les Pays-Bas.

### **1.2.3 Une activité de recherche fortement concentrée dans quelques CHU**

Au niveau national, l'activité de recherche apparaît concentrée dans les plus grands CHU. À elle seule l'AP-HP, en position dominante, représente 31,1 % du total contre 5,6 % pour les Hospices civils de Lyon qui occupent la deuxième place. De manière générale, les CHU situés dans les métropoles régionales (Lyon, Marseille, Lille, Bordeaux, Toulouse, Montpellier, Nantes) sont ceux dont l'activité de recherche est la plus importante. À l'inverse, de nombreux CHU sont surpassés par d'autres établissements dans ce domaine. Il en va ainsi de certains centres de lutte contre le cancer (CLCC) comme l'Institut Gustave Roussy (8<sup>ème</sup> position en recherche tous établissements confondus) ou l'Institut Curie (14<sup>ème</sup> place) dont l'activité de recherche est supérieure à celle d'un grand nombre de CHU ou d'autres établissements de santé (groupement de la Générale de santé, Hôpital Foch, CH intercommunal de Créteil, CH de Versailles, CH Saint-Anne). Les dispositifs de financement reflètent cette concentration des forces de recherche : l'AP-HP bénéficie ainsi de 29,3 % des financements au titre du PHRC, contre 32,9% pour les neuf CHU suivants et 37,8% pour les 20 CHU ayant l'activité de recherche la moins élevée.

### 1.2.4 De fortes inégalités territoriales dans l'accès aux études de médecine et le taux d'encadrement des étudiants

Concernant la formation, le rôle des CHU a été renforcé au cours de la période récente par la généralisation de l'internat et le renforcement de la dimension pratique des apprentissages. Le *numerus clausus* reflète une forte inégalité des chances d'accès aux études de médecine, le ratio « *numerus clausus* de médecine / 100 000 habitants » s'établissant à 31,1 places pour 100 000 habitants en région Limousin, contre 10,7 en Corse ou 15,6 en Bretagne. L'impact sur cette situation de la suppression annoncée du *numerus clausus* est encore difficile à anticiper.

Un autre facteur important d'inégalités résulte des différences de taux d'encadrement des étudiants en médecine par les enseignants. Ainsi, en 2015-2016, un poste d'enseignant titulaire ou non-titulaire correspondait à 5,29 étudiants à l'université de Paris 5 contre 15 à l'université de Lille 2. De plus, de nombreuses universités en région ne disposent pas de postes hospitalo-universitaires titulaires dans toutes les spécialités. Au total, le système actuel est morcelé et caractérisé par de fortes inégalités de moyens, ce qui compromet l'homogénéité des formations.

## 2 UN MODÈLE FRAGILISÉ

Le succès du modèle du CHU fondé en 1958 reposait, du côté du personnel médical, sur l'attractivité du statut hospitalo-universitaire et, du côté des patients, sur une réputation d'excellence. Les difficultés financières récurrentes rencontrées par un grand nombre de CHU, conjuguées aux carences de gestion des personnels hospitalo-universitaires et à des résultats à améliorer en termes de qualité, ont progressivement fragilisé ce modèle.

### 2.1 Un déséquilibre financier récurrent

Prise dans son ensemble, la situation financière des CHU est caractérisée par un déséquilibre installé depuis plusieurs années. Le résultat consolidé des CHU a été constamment déficitaire depuis 2011, avec une ampleur variable selon les années. L'année 2017 marque une aggravation, avec un déficit consolidé atteignant un niveau jusque-là inégalé de 405 M€. Plusieurs éléments viennent toutefois nuancer ce constat : d'une part, 15 CHU sont parvenus à dégager un excédent financier en 2017, alors qu'ils n'étaient que 10 dans cette situation en 2011 ; d'autre part, près de la moitié du déficit consolidé des CHU en 2017 est due à l'AP-HP (dont le budget principal est en déficit de 199 M€) ; enfin, la situation financière des CHU ne les distingue pas au sein des établissements de santé publics, les CH connaissant en 2017 un niveau de déficit souvent plus prononcé que celui des CHU. Néanmoins, des déficits sont installés, à un niveau parfois élevé, dans un grand nombre d'établissements.

#### 2.1.1 Une situation qui ne s'explique pas principalement par la tarification à l'activité

La situation financière défavorable d'ensemble des CHU n'est pas à mettre principalement sur le compte de la tarification à l'activité. Le financement à l'activité n'y représente en effet que 55 % des recettes, ce qui limite l'impact sur leurs comptes de ce mode de financement. Par ailleurs, selon les évaluations disponibles, les CHU n'apparaissent pas plus pénalisés que les autres établissements par le niveau des tarifs versés au regard du coût des soins correspondants. Les activités de recours sont même en partie financées bien au-delà des coûts constatés.

Les CHU disposent également de financements forfaitaires destinés à compenser les missions d'enseignement, de recherche, d'innovation et d'intérêt général dont ils sont chargés. Ces ressources sont principalement apportées par les dotations dites de « missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC) qui comprennent diverses parts dont les crédits des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). La part des dotations MIGAC est logiquement plus élevée dans les CHU que dans les CH, s'établissant en 2016 à 18 % de leurs ressources totales contre 6 % dans les CH. Si cette part a reculé depuis 2011, où elle s'établissait à 22 % des ressources des CHU, la baisse correspondante a été compensée par les financements du fonds d'intervention régional, qui sont montés en puissance depuis 2012. Considérés dans leur ensemble, ces crédits forfaitaires n'ont pas baissé au cours des dernières années et ne peuvent à eux seuls expliquer la situation financière des CHU. Toutefois, leurs modalités de répartition apparaissent aujourd'hui défavorables à certains CHU, notamment pour ce qui est des dotations MERRI. Initialement réservés aux CHU et à un nombre restreint d'autres établissements, ces crédits ont en effet été ouverts à l'ensemble des établissements de soins en 2011, à la suite d'une décision rendue par la Cour nationale de tarification sanitaire et sociale. Répartis au regard d'indicateurs de l'activité de recherche dont la légitimité et la fiabilité sont contestés, les dotations MERRI ont ainsi financé, en plus des 30 CHU, une quarantaine d'établissements supplémentaires depuis 2011.

### 2.1.2 Des charges insuffisamment maîtrisées

En définitive, le principal facteur explicatif du déséquilibre financier des CHU réside dans la régulation insuffisante de leurs charges. Une part des augmentations de charges était inéluctable, comme celle des frais de personnel liée au protocole « parcours professionnel, carrières et rémunérations » (PPCR), ou résultant d'évolutions ne dépendant pas seulement des établissements eux-mêmes, comme certaines dépenses de médicaments. Ainsi, les charges médicales des CHU ont augmenté de 39,1 % entre 2011 et 2016, la moitié de cette évolution se concentrant sur la seule année 2014 qui avait vu l'introduction de médicaments innovants dans la lutte contre l'hépatite C. Le coût très élevé de ces traitements (41 000 € pour 12 semaines de traitement) n'a été régulé à la baisse qu'à partir de 2015. En revanche, d'autres augmentations de dépenses proviennent des progrès insuffisants faits par les CHU pour limiter efficacement leurs dépenses générales et hôtelières. En particulier, les dépenses de sous-traitance et les prestations extérieures apparaissent mal maîtrisées, ayant augmenté de 24,9 % sur la période 2012-2016, dont 13 % pour la seule année 2016. Cette insuffisante maîtrise des charges a affaibli la situation financière des CHU : leur capacité d'autofinancement s'est érodée depuis 2011, de même que le taux de marge brute, qui n'atteignait en 2016 que dans huit CHU le seuil de 8 % fixé comme objectif par le ministère. Il en résulte une diminution de la capacité des CHU à investir et une vétusté croissante de leurs équipements et immobilier.

Par ailleurs, la productivité des personnels apparaît très variable d'un CHU à l'autre. Ainsi, le CHU de Rouen affichait en 2016 près de 236 séjours (hors séances) en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) par équivalent temps plein (ETP) médical MCO rémunéré, alors que ce ratio n'était que de 157 au CHU de Nîmes et 131 à l'AP-HP. De plus la productivité médicale dans les CHU est notablement inférieure à celle observée dans les CH ou dans les établissements privés du secteur non lucratif. Avec 38,4 % des effectifs médicaux du secteur public en 2016, les CHU produisaient 32,4 % des séjours hospitaliers de ce secteur. Cet écart apparaît moins important pour les CH - 52,6 % des effectifs pour 50,9 % de l'activité - et inversé pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) - 6,2 % des effectifs pour 8,6 % de l'activité. Il en va de même pour les personnels non médicaux. Ainsi, pour les personnels techniques et ouvriers, les CHU ont vu leurs effectifs croître de 3,5 % sur la période 2011-2016, à contre-courant de la trajectoire suivie par les autres établissements du secteur public ou privé non lucratif (+0,5 % en CH, -3,6 % en ESPIC et -19,6 % pour les CLCC). Enfin, pour l'ensemble du personnel non médical, les différences apparaissent importantes également entre les CHU eux-mêmes.

Ainsi celui de Strasbourg a réalisé en 2016 plus de 141 000 séjours avec un effectif non médical de 7 858 ETP, soit un ratio de 18 séjours par effectif non médical en 2016). De son côté, l'AP-HP affichait en 2016 un ratio de 13,2 séjours par effectif non médical.

## 2.2 Un risque de désaffection pour la carrière hospitalo-universitaire

Soixante ans après sa création, le statut des personnels hospitalo-universitaires suscite des interrogations. Depuis 1958, le choix de la carrière hospitalo-universitaire par les éléments les plus prometteurs de leur génération a contribué à l'accroissement de la qualité des soins, à l'excellence de la recherche et à la diffusion de la formation. Cependant, les souplesses ouvertes par le statut ne suffisent plus aujourd'hui à masquer les difficultés d'exercice professionnel de ces personnels, les plus jeunes hésitant désormais à s'engager dans cette carrière. Au niveau individuel, l'exercice à haut niveau des trois missions est généralement considéré comme illusoire, la réalité pratique étant souvent celle d'une bi-spécialisation, voire d'une mono-spécialisation. Certains hospitalo-universitaires publient peu voire pas du tout, et sont en fait essentiellement des cliniciens enseignants, quand d'autres ne font que de la recherche et quasiment plus de soins ni d'enseignement. Certains professeurs de médecine ont pu faire état de séquences successives au cours de leur carrière : d'abord chercheurs, puis plutôt enseignants et cliniciens. Au-delà des trois missions inscrites dans la loi, deux catégories d'activité se sont ajoutées au fil du temps. La première concerne la gestion des services ou des pôles et des fonctions de représentation au sein de l'établissement ou de l'université. La seconde, complémentaire de la première, concerne des activités annexes comme l'expertise auprès d'institutions publiques ou la participation à des groupes de travail réunissant différents acteurs du champ de la santé.

Cette hétérogénéité des pratiques est le plus souvent présentée positivement car elle permet une souplesse appréciée par les personnels hospitalo-universitaires. Elle met cependant les établissements hospitaliers dans l'incapacité de quantifier le temps médical affecté à chacune des missions, d'établir leurs coûts analytiques et de rapprocher de ces coûts les recettes MERRI. Or, la nécessité juridique de connaître les coûts de la recherche implique une meilleure connaissance de la répartition effective du temps médical hospitalo-universitaire. Enfin, l'exercice professionnel des personnels hospitalo-universitaires est rarement évalué, alors que les textes en vigueur le prévoient.

Même si l'administration fait valoir qu'elle n'a pas constaté, au cours de ces dernières années, une baisse d'attractivité dans les recrutements, au regard du nombre de postes qui ne seraient pas pourvus, des démissions plus nombreuses ont été enregistrées parmi les personnels hospitalo-universitaires. Elles s'élèvent à 64 au cours des cinq dernières années (46 PUPH et 18 MCUPH). Cette situation peut s'expliquer par le niveau d'exigence croissant des conditions d'exercice dans les CHU.

## 2.3 Des marges de progrès en matière de qualité

Alors que les CHU sont présentés par beaucoup comme un lieu d'excellence médicale, ils ne figurent pas parmi les meilleurs établissements au regard de la certification de la qualité des activités mise en œuvre par la Haute autorité de santé. Cette procédure vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité d'un établissement. Dans sa version en vigueur, elle est centrée sur le système de gestion de la qualité et la gestion des risques et n'aborde pas les performances médicales. Au terme de cette procédure visant le respect des normes d'organisation et de fonctionnement, un quart des CHU ne sont pas certifiés dans les deux notes maximales (A ou B). Ainsi, deux CHU (ceux de Clermont-Ferrand et de Toulouse) sont certifiés C avec une obligation d'amélioration. À l'AP-HP, différentes situations coexistent : seuls les hôpitaux universitaires Henri Mondor sont classés en A ; la plupart des groupes hospitaliers sont classés en B et quelques-uns en C (Paris Nord-Val de Seine, Salpêtrière-Charles Foix, Paris-Île-de-France-Ouest, Paris-Ouest).

Quelques sites comme Bichat, Beaujon et Bretonneau, récemment en sursis avec une certification D, sont certifiés C depuis mars 2018, avec obligation d'amélioration. Si cette situation s'explique en partie par le fait que les classements ne prennent qu'imparfaitement en compte les spécificités des CHU, elle s'explique aussi par des difficultés d'appropriation de cette démarche, dans laquelle d'autres établissements de santé sont entrés de manière plus précoce.

Ce classement défavorable se retrouve dans les sondages relatifs à la satisfaction des patients. Les CHU n'y figurent pas aux meilleures places, notamment en raison de la dégradation des conditions d'accueil. L'appréciation des usagers concernant les CHU est également marquée par les délais d'accès aux soins, particulièrement élevés dans certains établissements.

### **3 UNE NOUVELLE AMBITION POUR LES CHU**

La fragilisation de certains CHU compromet leur capacité à assurer leurs missions. Si les principes de l'ordonnance de 1958 qui prévoient que ces établissements assurent un triple rôle de soins, de recherche et de formation restent pertinents, leur organisation doit évoluer pour répondre aux enjeux de qualité et d'efficacité des soins, de visibilité internationale de la recherche et de pertinence des formations. Cette réorganisation passe par une réforme du pilotage des acteurs visant à conforter le modèle des CHU dans ses trois missions et par la constitution de réseaux de CHU permettant de garantir les mutualisations nécessaires.

#### **3.1 Adapter le modèle des CHU**

La fragilisation du modèle des CHU appelle des réformes visant à renforcer le pilotage stratégique des activités des CHU, à améliorer la gestion des personnels hospitalo-universitaires et à mieux adapter le financement des établissements à leurs missions.

##### **3.1.1 Améliorer le pilotage national des activités hospitalo-universitaires et renforcer la coordination stratégique des acteurs aux niveaux régional et local**

La consolidation du modèle des CHU ne peut aller sans un renforcement du pilotage national des activités hospitalo-universitaires. Celui-ci passe notamment par une meilleure coordination entre les administrations centrales des ministères chargés respectivement de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche. Une première mesure consisterait à présenter l'ensemble des crédits budgétaires et extrabudgétaires, des dépenses fiscales et des emplois affectés à la recherche biomédicale et à la formation initiale des médecins dans une annexe commune aux projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale. En outre, les priorités stratégiques de la recherche biomédicale devraient être définies sous l'égide de l'alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan). La place des CHU dans cette alliance serait elle-même à renforcer par la participation d'un représentant de la conférence des directeurs généraux de CHU.

Par ailleurs, le programme hospitalier de recherche clinique devrait être rénové notamment dans ses modalités d'organisation : l'appel à projets interrégional, ouvert aux jeunes chercheurs, serait à intégrer au PHRC national, la gestion des appels à projets, selon les thématiques et le cahier des charges définis par Aviesan étant pour sa part confiée à l'Agence nationale de la recherche. L'évaluation scientifique du PHRC devrait être effectuée périodiquement et être confiée au Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur.

Enfin, au niveau local, le renforcement des relations entre le président de l'université, les dirigeants du CHU et les organismes de recherche (INSERM, CNRS notamment), la mise en place d'une instance commune de concertation et la synchronisation de leurs contrats pluriannuels, en lien avec les politiques de site menées en matière d'enseignement supérieur et de recherche, apparaissent comme autant de conditions nécessaires à l'amélioration de la coordination stratégique entre ces établissements au bénéfice de leurs missions d'enseignement et de recherche. La définition au niveau de chacun des grands réseaux de CHU proposés par la Cour d'un cadre de coordination des actions menées dans le domaine de la recherche, associant notamment les CHU, les universités, les organismes de recherche, les Agences régionales de santé (ARS) et les collectivités locales impliquées dans la recherche, permettrait d'améliorer les grands choix stratégiques, notamment en matière d'investissement.

### **3.1.2 Améliorer l'attractivité des carrières et préciser le statut hospitalo-universitaire**

Des évolutions importantes apparaissent également nécessaires pour ce qui est de la gestion des personnels hospitalo-universitaires. Le statut hospitalo-universitaire, qui a été l'un des principaux apports des ordonnances de 1958, doit aujourd'hui être précisé. À cet égard, l'absence de définition des obligations de service pour les personnels hospitalo-universitaires constitue un vide à combler par les deux ministères concernés. Cette définition constituerait une garantie pour ces derniers, soumis à des exigences croissantes pour chacune de leurs missions, ainsi qu'une référence utile à l'université et aux CHU.

Pour autant, la mise en œuvre de cette obligation devrait préserver la souplesse nécessaire à l'exercice hospitalo-universitaire et à la prise en compte de la diversité des situations locales. Une contractualisation tripartite entre l'université, le CHU et le médecin hospitalo-universitaire pourrait ainsi donner une visibilité pluriannuelle sur les missions à exercer et les résultats à atteindre. Afin de tenir compte de l'exercice des trois missions par une équipe, le doyen et le chef de pôle seraient naturellement parties prenantes à l'élaboration du contrat. Une expérimentation dans un CHU volontaire pourrait venir préciser les modalités de cette organisation. Enfin, dans le même cadre expérimental, la possibilité de reconnaître à certains praticiens hospitaliers particulièrement engagés dans les activités de recherche et de formation une valence universitaire - c'est-à-dire la possibilité de consacrer une partie de leur temps de travail à des activités de recherche et de formation, en lien avec une université, pour une durée limitée - devrait être explorée. Cette souplesse permettrait de faire participer au réseau de CHU des services de CH qui, comme celui d'Annecy en neurochirurgie, bénéficient d'une expertise reconnue ou d'équipements de pointe.

### **3.1.3 Modifier les conditions d'allocation des dotations MERRI**

En matière de financement, les modalités d'allocation des crédits MERRI doivent être réformées afin d'éviter le saupoudrage qui s'est amplifié depuis 2011. Pour cela, et afin de rapprocher les modes de financement de la recherche dans les CHU de ceux pratiqués dans la recherche publique, il convient d'accroître de manière significative la part des recettes MERRI réservée au financement des appels à projet et des structures de recherche. Cette mesure nécessite de procéder à un rééquilibrage entre les différentes composantes de ces crédits, tout en veillant à préserver l'équilibre budgétaire des CHU. Dans l'attente de cette réforme, il est nécessaire de modifier sans délai leur répartition, notamment en relevant les seuils d'éligibilité, en renforçant le contrôle des déclarations des établissements, en étant plus strict sur le périmètre des personnels publiant pris en compte et en rendant les scores SIGAPS (rendant compte des indicateurs bibliométriques) et SIGREC (rendant compte des essais cliniques) plus discriminants au regard de la qualité des travaux de recherche.

## **3.2 Constituer des réseaux de CHU**

### **3.2.1 Un éclatement des moyens et une coordination perfectible avec les autres acteurs de santé**

Avec 30 CHU, répartis en 41 établissements distincts, la France se distingue de ses principaux voisins européens par un nombre relativement faible d'habitants par établissement : 1,6 million d'habitants pour un établissement en France contre 2,5 millions en Allemagne ou 2,1 millions aux Pays-Bas. Par ailleurs, le nombre de lits d'hôpital universitaire par habitant est deux à trois fois plus élevé en France qu'à l'étranger. Cette spécificité renvoie à la hiérarchisation plus fine des missions assurées par les CHU dans les autres pays : contrairement à ce qui prévaut en France, la plupart des établissements hospitalo-universitaires étrangers se concentrent sur les missions d'expertise et de recours et n'assurent pas autant qu'en France une mission de soins de proximité. Ce moindre degré de spécialisation des CHU français sur des tâches spécifiques en matière de soins se traduit par une intensité plus faible des relations entre les CHU et les autres établissements de santé et une coordination avec eux qui reste, dans des cas encore trop nombreux, insuffisante. À cet égard, la création récente des groupements hospitaliers de territoire (GHT) n'a pas, à ce stade, permis de clarifier la place des CHU dans l'organisation territoriale des soins, un tiers des GHT n'ayant pas encore conclu de convention avec un CHU.

Les modifications de l'environnement des CHU plaident également en faveur d'une réorganisation rapide. En effet, les CHU n'ont pas tiré les conséquences du double mouvement de réorganisation résultant de la création des nouvelles régions – dont la plupart comptent plusieurs CHU sur leur territoire – et de la restructuration en cours de la carte universitaire, initiée notamment par les initiatives d'excellence (IDEX) qui visent à créer sur le territoire français une dizaine de pôles d'enseignement et de recherche à forte visibilité internationale.

### **3.2.2 Favoriser l'apparition d'une dizaine de réseaux de CHU**

Dans ce contexte, la mise en œuvre de réseaux de CHU apparaît comme une nécessité. En matière de recherche, elle a pour objet de coordonner les moyens à une échelle assurant une taille critique ainsi que la nécessaire visibilité internationale qui doit constituer l'ambition des CHU français. Cette réforme ne doit pas nécessairement conduire à réduire le nombre de sites de CHU, ou à exclure certains d'entre eux de l'activité de recherche, mais à améliorer l'organisation entre établissements dans une approche graduée : si certains moyens (plateformes techniques, moyens de soutien spécialisés) doivent être concentrés au sein de certains établissements de plus grande taille, ces derniers doivent cependant rester à même de soutenir les actions de recherche des CHU partenaires ou des établissements de santé sur leur territoire. La coordination de ces réseaux a pour but de faire émerger une dizaine de CHU à visibilité internationale qui pourraient reprendre, en matière de recherche, les compétences exercées jusque-là par les groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI).

Cette organisation en réseaux apparaît souhaitable également en matière de soins. La trop grande dispersion des moyens aboutit actuellement à une offre de soins tout à la fois lacunaire - tous les CHU ne sont pas en mesure de couvrir l'ensemble des spécialités - et onéreuse, en particulier avec la multiplication des plateaux techniques dont certains apparaissent redondants. Tel est particulièrement le cas de l'activité de transplantation pour laquelle on observe le maintien de centres à faible activité. Cette situation n'apparaît pas compatible avec la recherche de la meilleure sécurité et de la meilleure efficacité, pour une activité présentant des risques et des coûts importants.

À cet égard, la fixation d'un seuil minimal pour exercer ces actes serait cohérente avec la constitution d'une dizaine de réseaux de CHU mettant en œuvre, en lien avec les agences régionales de santé compétentes, une politique d'offre de soins coordonnée.

Deux modalités principales apparaissent envisageables pour structurer ces réseaux de CHU. La première repose sur un modèle confédéral, prévoyant une répartition cohérente des activités entre ses membres, en particulier les activités les plus coûteuses. Le GIRCI et groupement de coopération sanitaire « HUGO » est précurseur de ce modèle. Il vise en effet à coordonner l'action des CHU de l'inter-région Grand Ouest<sup>3</sup>, notamment par le maintien et le développement des activités et équipements de recours, la labellisation des structures, le soutien aux dossiers de l'inter-région dans les appels à projet de recherche en santé, ainsi que la gestion commune de plusieurs aspects de la politique de gestion des ressources humaines (formation notamment). Dans un modèle plus intégré, un CHU pourrait coordonner une partie des activités de recours et de recherche, au bénéfice de l'ensemble du réseau. Le réseau « AURA », qui réunit les HCL et les CHU de Grenoble, Clermont-Ferrand et Saint-Etienne, en fournit une illustration. Les instances d'AURA envisagent ainsi des actions communes aux CHU, dans un contexte où les HCL assurent la mission de tête de réseau. Dans la constitution des réseaux de CHU, un modèle unique applicable à l'ensemble du territoire n'aurait pas de sens, l'équilibre à trouver entre les différentes formules possibles étant étroitement dépendant de la structuration des établissements au niveau local et des traditions de coopération existant entre eux. Pour l'Île-de-France, les groupements hospitaliers et universitaires en cours de constitution au sein de l'AP-HP pourraient constituer la base d'une véritable structuration en « réseau HU » pour cette région.

La constitution de cette dizaine de réseaux de CHU doit aller de pair avec un approfondissement des relations entre les CHU et les autres établissements de soins de leur ressort territorial. En particulier, par-delà la programmation de l'offre de soins, les CHU en réseau ont vocation à préparer ensemble la révision des effectifs hospitalo-universitaires et à partager les programmes d'équipements lourds ou de systèmes d'information, en lien avec les ARS. Par ailleurs, il est urgent que les conventions liant les GHT à leur CHU de référence soient désormais finalisées là où elles ne le sont pas encore. Dans ce contexte, les centres hospitaliers disposant de compétences de pointe devraient pouvoir faire reconnaître ces dernières en obtenant, pour ces seules activités, une valence universitaire.

En matière de formation, la constitution de réseaux de CHU ne doit pas conduire à court terme à remettre en cause l'organisation actuelle. À cet égard, il ne s'agit pas de modifier la structuration actuelle des CHU, dont l'existence est liée au conventionnement avec l'une des trente-quatre universités comportant une faculté de médecine. En revanche, il importe dès à présent de mieux organiser les parcours étudiants en associant mieux les autres acteurs de la santé (médecins libéraux, centres hospitaliers, GHT) dans un cadre piloté conjointement par les CHU et les universités concernés. Dans ce contexte, la suppression du *numerus clausus* offre l'opportunité d'une réflexion sur une association plus large des autres acteurs de la santé à la mission de formation.

Soixante ans après leur création par les ordonnances Debré, les CHU connaissent aujourd'hui un essoufflement de leur modèle. Celui-ci ne concerne pas les missions qui restent d'actualité : en France comme dans la plupart des systèmes de santé comparables au nôtre, le modèle de l'hôpital universitaire, assurant conjointement les missions de soins, de recherche et de formation, reste d'actualité. En revanche, ce sont les conditions d'exercice de ces missions qui doivent être aujourd'hui restaurées sans délai, au soutien d'une ambition renouvelée.

---

<sup>3</sup> Le GCS HUGO (hôpitaux universitaires du Grand Ouest) inclut les CHU d'Angers, de Brest, de Nantes, de Rennes et de Tours, ainsi que le CHR d'Orléans, l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) et, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, les CH de La Roche-sur-Yon et du Mans.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

**Recommandation n° 1** : favoriser l'apparition d'une dizaine de réseaux de CHU permettant la mise en œuvre d'une meilleure gradation des soins, la rationalisation des investissements et des équipements, et l'optimisation des moyens de recherche ;

**Recommandation n° 2** : restaurer l'attractivité des carrières-hospitalo-universitaires tout en mettant en place un suivi de l'activité des personnels hospitalo-universitaires ;

**Recommandation n° 3** : revoir les conditions de financement des CHU, en modifiant notamment les conditions d'allocation des dotations MERRI ;

**Recommandation n° 4** : améliorer le pilotage national des activités hospitalo-universitaires et renforcer la coordination stratégique des acteurs aux niveaux régional et local ;

**Recommandation n° 5** : faire de la qualité un objectif essentiel des politiques mises en œuvre dans les CHU.

Je vous serais obligé de me faire connaître, dans le délai de deux mois prévu à l'article L. 143-4 du code des juridictions financières, la réponse que vous aurez donnée à la présente communication<sup>4</sup>.

Je vous rappelle qu'en application des dispositions du même code :

- deux mois après son envoi, le présent référé sera transmis aux commissions des finances et, dans leur domaine de compétence, aux autres commissions permanentes de l'Assemblée nationale et du Sénat. Il sera accompagné de votre réponse si elle est parvenue à la Cour dans ce délai. À défaut, votre réponse leur sera transmise dès sa réception par la Cour (article L. 143-4) ;
- dans le respect des secrets protégés par la loi, la Cour pourra mettre en ligne sur son site internet le présent référé, accompagné de votre réponse (article L. 143-1) ;
- l'article L. 143-9 prévoit que, en tant que destinataire du présent référé, vous fournissiez à la Cour un compte rendu des suites données à ses observations, en vue de leur présentation dans son rapport public annuel. Ce compte rendu doit être adressé à la Cour selon les modalités de la procédure de suivi annuel coordonné convenue entre elle et votre administration.

Signé le Premier président

**Didier Migaud**

---

<sup>4</sup> La Cour vous remercie de lui faire parvenir votre réponse, sous forme dématérialisée, via *Correspondance JF* (<https://correspondancejf.ccomptes.fr/linshare/>) à l'adresse électronique suivante : [greffepresidence@ccomptes.fr](mailto:greffepresidence@ccomptes.fr) (cf. arrêté du 8 septembre 2015 portant application du décret n° 2015-146 du 10 février 2015 relatif à la dématérialisation des échanges avec les juridictions financières).