

LES ECHANGES ECONOMIQUES
ENTRE L'HOPITAL ET L'UNIVERSITE DANS LE CADRE DES CHU
ETUDE DE CAS

Recherche réalisée pour la Conférence des Présidents d'Université

Rapport final

Novembre 2005

Responsable scientifique

Marie-Eve JOEL

Equipe de recherche

Emilie ANSTETT

Julien BEAUTE

Béatrice FERMON

Pierre LEVY

Marie-Cécile NYS

Ayden TAJAHMADY

TABLE DES MATIERES

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUCTION..... | 3 |
| I L'OBJET DE L'ETUDE | 4 |
| II LA METHODOLOGIE GENERALE DE L'ETUDE..... | 7 |
| II.1 Une approche sélective | 7 |
| II.2 La démarche générale de l'étude | 8 |
| II.3 Sources et collecte de l'information | 9 |
| II.4 La valorisation des transferts économiques..... | 10 |
| LES RESULTATS PAR SITE | 12 |
| I LES TRANSFERTS LIES AUX PERSONNELS : L'EXEMPLE DU CHU KREMLIN-BICETRE..... | 12 |
| I.1 La démarche employée..... | 12 |
| I.2 Le paysage décrit au cours des entretiens | 13 |
| I.3 Résultats de l'enquête quantitative..... | 16 |
| II LES TRANSFERTS ECONOMIQUES LIES AUX LOCAUX ENTRE L'UNIVERSITE PARIS VII DENIS DIDEROT ET LES HOPITAUX..... | 25 |
| II.1 Introduction..... | 25 |
| II.2 Méthode..... | 26 |
| II.3 Résultats | 27 |
| II.4 Valorisation des échanges de locaux | 29 |
| II.5 Discussion | 30 |
| III LA RECHERCHE ET SA VALORISATION AU CHU DE LYON | 32 |
| III.1 Les principales caractéristiques de la recherche médicale au CHU de Lyon..... | 32 |
| III.2 Objectifs et méthodes | 38 |
| III.3 Les transferts économiques identifiés..... | 41 |
| III.4 Discussion | 55 |
| IV LE SURCOUT CHU A BORDEAUX..... | 58 |
| IV.1 Introduction..... | 58 |
| IV.2 Les composantes retenues..... | 63 |
| IV.3 Synthèse des résultats et discussion | 72 |
| CONCLUSIONS | 81 |
| ANNEXES | 83 |

INTRODUCTION

Les centres hospitalo-universitaires (CHU) sont chargés par l'ordonnance du 30 décembre 1958¹ et par le code de la santé publique² d'une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Sur le plan juridique, le partage des missions d'enseignement et de recherche entre Centre Hospitalier Régional (CHR) et l'Université repose sur la convention constitutive du CHU³. Ce document n'a cependant qu'un caractère patrimonial qui vise à identifier l'apport de chacune des deux institutions au CHU. De plus, la plupart des conventions constitutives des CHU en France ont été signées dans le courant des années 1970, et n'ont pratiquement jamais été actualisées depuis. Ainsi, outre les évolutions structurelles lourdes de la recherche et de la médecine, ces conventions ne tiennent pas compte des nombreuses réformes hospitalières et universitaires qui leur ont été postérieures, et ne visent pas à définir de stratégie commune. Le récent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche⁴ a noté le fait que ces conventions étaient le plus souvent inappliquées et pour la plupart obsolètes.

L'activité des CHU s'est donc développée dans un cadre qui ne précise que très partiellement les conditions du partenariat entre CHR et Université visant à assurer la triple mission assignée aux CHU. Il n'existe en particulier aucune codification précisant les conditions économiques de ce partenariat, les conditions de l'activité des CHU comme centres de production relevant pour une part de trajectoires et d'arrangements particuliers.

La Conférence des Présidents d'Université a demandé à ce qu'une étude s'attache à identifier, autant que faire se peut, la nature, les modalités et l'ampleur des échanges économiques qui ont lieu entre les deux types d'institutions, CHR et Universités, dans le cadre de l'activité des CHU. Une première étude, de nature qualitative, a été effectuée sur un site choisi à titre d'exemple, le CHU de Nancy, et a donné lieu à la rédaction d'un rapport remis à la CPU en février 2004. Cette première étape a permis de mettre en relief les différents types de transfert observables et d'identifier les domaines couverts par les échanges entre Université et CHR. Dans une deuxième étape, le travail s'est poursuivi avec pour objet d'étudier de façon approfondie et quantitative certains transferts identifiés comme particulièrement importants.

¹ Ordonnance n°: 58-1374 du 30 décembre 1958

² Article L6142-1 du code de la santé publique

³ Article L6142-3 du code de la santé publique

⁴ Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires, IGAS, IGAENR, juillet 2004

I L'OBJET DE L'ETUDE

Ces échanges économiques entre hôpital et université s'expliquent par l'existence de productions jointes et l'utilisation de ressources communes :

- Pour des raisons techniques liées aux spécificités de la discipline médicale, l'université d'une part et l'hôpital d'autre part développent des activités qui les conduisent à produire simultanément de l'enseignement et du soin ou de la recherche et du soin. C'est le cas de l'enseignement au lit du malade et de la recherche clinique. Les missions traditionnelles de l'université (enseignement et recherche) et de l'hôpital (soins) se recoupent largement, et cette interdépendance technique a été, au moins en partie, à la base de la création des CHU par la "loi Debré" du 30 décembre 1958.
- D'autre part, en tant qu'unités de production, les deux organisations mobilisent différents types de ressources pour remplir leurs missions, qu'il s'agisse de ressources humaines ou matérielles. Or, si certaines d'entre elles sont spécifiquement dédiées à une mission clairement identifiée, d'autres ressources sont polyvalentes (personnel hospitalo-universitaire, laboratoires utilisables pour les soins ou la recherche) ou utilisées dans des processus de production non-séparables (personnel hospitalier soignant des patients dans le cadre de protocoles de recherche clinique, locaux hospitaliers utilisés simultanément pour les soins et l'enseignement pratique).

Compte tenu de ces caractéristiques économiques, des transferts, dont la nature et les modalités peuvent être très diverses, ont lieu entre les deux organisations autonomes que sont l'hôpital et l'université dans le cadre de leur activité quotidienne. C'est à ce titre d'ailleurs que le financement hospitalier des CHU bénéficie, dans le cadre du financement global, d'un supplément de 13%, censé couvrir le surcoût des tâches d'enseignement et de recherche.

Sur la base des résultats obtenus par l'étude du CHU de Nancy, il a été convenu que quatre domaines donnant lieu à des échanges entre université et hôpital méritaient une étude approfondie, d'une part pour confirmer les résultats initiaux, d'autre part pour essayer de quantifier, dans toute la mesure du possible, l'intensité de ces échanges et l'apport respectif de chaque institution. Il a semblé nécessaire de mettre l'accent sur l'utilisation des ressources humaines et des locaux relevant des deux institutions dans la réalisation de la triple mission d'enseignement, de recherche et de soins. De façon complémentaire, il paraît logique de s'intéresser à la question de savoir si les 13% supplémentaires dans la dotation globale hospitalière sont bien en rapport avec le surcoût des CHU. Enfin, la recherche et la valorisation de la recherche sont des champs dans lesquels les transferts sont potentiellement importants.

Plus précisément, les champs d'investigation suivants ont été retenus pour cette étude approfondie, après validation par un groupe de travail de la CPU :

- **La détermination des échanges en matière de personnels**

En tant qu'ensemble chargé de la production de soins, mais aussi de l'enseignement et de la recherche, le CHU mobilise la participation de différentes catégories de personnels (médicaux et non-médicaux) employés de façon exclusive par l'hôpital ou l'université, ou relevant simultanément des deux institutions (hospitalo-universitaires). Une telle situation favorise des transferts d'activité qui, comme nous avons pu le constater à Nancy, sont souvent peu formalisés. Ils sont donc pour une large part méconnus, alors qu'ils peuvent être générateurs de transferts financiers importants dont il resterait alors à savoir s'ils sont acceptables et soutenables en l'état actuel des modalités de financement.

- **La gestion des locaux**

Si les ressources humaines de l'université et de l'hôpital sont mobilisées pour remplir l'une ou l'autre des trois missions du CHU, il en va de même pour les ressources matérielles et en particulier les locaux. L'université et l'hôpital peuvent être amenés à des échanges immobiliers selon différentes modalités plus ou moins formalisées et représentant des montants financiers variables. Il s'agit, là encore, d'essayer de mieux circonscrire l'ampleur des échanges sur ce type de ressources.

- **L'estimation des transferts économiques liés à la recherche et à sa valorisation**

La mission de recherche relève du champ de compétence de l'université et du périmètre d'activité de l'hôpital. Cette activité mobilise des ressources matérielles et humaines relevant des deux types d'institutions. La structure de financement de la recherche médicale dans le cadre d'un CHU apparaît donc souvent complexe, d'autant plus qu'elle fait bien souvent intervenir des partenaires extérieurs (EPST, industriels). Compte tenu de l'importance de cette activité et de ses enjeux en termes de valorisation et de financements complémentaires attendus, il est souhaitable d'identifier les modalités et l'ampleur de ce partenariat. Une des questions qui peut se poser est de savoir si, dans la configuration financière actuelle, chacun des partenaires peut bénéficier des retombées des travaux de recherche, qu'il conduit en partenariat.

- **La question du surcoût CHU**

Dans la mesure où les CHU sont investis de deux missions complémentaires, l'enseignement et la recherche, se surajoutant à l'activité hospitalière première de soins, ces structures hospitalo-universitaires ont droit, dans le cadre du financement global utilisé jusqu'ici, à un financement complémentaire, estimé forfaitairement à 13% de la dotation budgétaire alloué par le Ministère chargé de la Santé. Ce financement complémentaire de 13% recouvre-t-il les transferts économiques correspondant aux surcoûts pour l'hôpital liés à l'enseignement et à la recherche ?

Ces différentes approches s'inscrivent dans une perspective économique quantitative qui ne retrace que très partiellement la complexité et la richesse des échanges qui existent entre le centre hospitalier et l'université. La production de données économiques, dans un premier temps participe à l'identification des problèmes "qui comptent", mais pose question quant à la

réduction qu'elle opère, tant que les données produites ne sont pas constituées en indicateurs reconnus et consensuels.

II LA METHODOLOGIE GENERALE DE L'ETUDE

II.1 Une approche sélective

Pour mener à bien cette recherche approfondie, plusieurs approches étaient *a priori* possibles. Cependant, comme il était convenu que cette étude ne visait pas à l'exhaustivité, ni même à la représentativité, mais davantage à l'exemplarité, nous avons opté pour une étude de cas. Il a ainsi été décidé que chacun des quatre domaines sélectionnés devait être étudié sur un seul CHU. Le choix de ces CHU de référence a été établi sur la base du volontariat, et s'établit comme suit :

- Le CHU du Kremlin-Bicêtre pour l'étude des transferts touchant aux personnels
- Le CHU Saint-Louis pour les échanges relatifs aux locaux
- Le CHU de Lyon pour la recherche et sa valorisation
- Le CHU de Bordeaux pour le surcoût CHU

Nous avons synthétisé dans le Tableau 1 les principales caractéristiques de ces quatre CHU permettant d'en apprécier l'activité tant du point de vue universitaire qu'hospitalier. On remarquera que ces CHU diffèrent assez sensiblement les uns des autres. Une des raisons de cette disparité tient au fait que le terme de "CHU" est employé ici par commodité. En réalité, le CHU francilien est constitué par un CHR unique, l'AP-HP, et de 7 universités mais constitue une entité trop importante pour être considérée en tant que telle. Aussi n'avons-nous retenu que deux entités de ce CHU, à savoir le Kremlin-Bicêtre et Saint-Louis qui ne forment pas à proprement parler des CHU mais correspondent au regroupement d'une UFR de Médecine et d'un hôpital de l'AP-HP, mais sont considérés comme tels ici. A l'inverse, nous avons considéré le CHU de Lyon dans son entier, celui-ci regroupant 16 établissements hospitaliers et 4 UFR de Médecine¹.

¹ Il faut d'ailleurs noter que ceci pose quelques problèmes de délimitation des entités à considérer.

Tableau 1: principales caractéristiques des CHU inclus dans l'étude

| Centre hospitalo-universitaire | Kremlin Bicêtre | Saint Louis | Bordeaux | Lyon |
|---------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------|-------------|
| Caractéristiques relatives à l'Université: | | | | |
| Nombre d'hospitalo-universitaires (PU/PH) | 263(98) | 329 (122) | 448 (72) | 574 (285) |
| Numerus clausus (PCEM1)* | 110 | 280** | 285 | 328 |
| Nombre d'étudiants en médecine | 2537 | - | 3090 | 1213 |
| Nombre de personnes en formation | 2160 | - | 7 150 | - |
| Nombre de personnel IATOSS | 83 | - | - | - |
| Nombre d'équipes de recherche | 58 | 52 | 60 | 65 |
| Budget de la faculté de médecine (en M d'€) | 9,6 | - | - | - |
| Caractéristiques relatives à l'Hôpital: | | | | |
| Nombre de PH (ETP) | 328,5 | - | 384 | 783 |
| Nombre d'internes | 120 | - | - | 1232 |
| Nombre de lits | 935 | 587 | 3 368 | 5 484 |
| Budget de l'hôpital ou du CHR (en M d'€) | 218,06 | 219,59 | 723, 96 | 1 254,61 |
| Nombre de point ISA | 50 309 130 | 49 732 315 | 198 318 240 | 337 807 549 |
| Valeur du point ISA (en €) | 2,51 | 2,50 | - | - |

* : J.O n° 14 du 17 janvier 2004 page 1315, texte n° 46

** : Chiffre pour Paris 7 (Bichat-Beaujon et Lariboisière-Saint Louis)

- : Données non disponibles

II.2 La démarche générale de l'étude

Pour pouvoir approfondir la connaissance du type de transfert choisi pour chacun des quatre CHU, il était nécessaire de définir une procédure de collecte d'informations pertinentes. A cet effet, nous avons défini une démarche collaborative avec les institutions hospitalo-universitaires et plus précisément avec deux correspondants représentant, pour l'un l'hôpital, et, pour l'autre l'université, dans chacun des quatre CHU. Le choix de ces deux correspondants, dont la liste est présentée dans le Tableau 2, a été fait par les présidents des universités incluses dans l'étude. L'existence d'une collaboration étroite entre les acteurs de ces deux institutions et l'équipe de recherche était en effet essentielle pour obtenir des informations de qualité et permettre à l'étude d'aboutir dans de bonnes conditions.

Tableau 2 : Liste des correspondants par CHU

Centre hospitalier Kremlin-Bicêtre et Université Paris-sud 11

- M. Alain Bardou, secrétaire général de la faculté de médecine Paris-sud 11.
- M. Frantz Ventura, directeur général adjoint, directeur de la stratégie, de la politique médicale de la prospective et de la recherche clinique.

CHU des Hospices civils de Lyon

- Pr. Mauguière, doyen de la faculté de médecine Lyon-Nord.
- Mr Jacques Grisoni, directeur général délégué des hospices civils de Lyon.

Centre hospitalier Saint-Louis et l'université Paris 7

- M. Georges Roqueplan, secrétaire général de l'université Paris 7- Jussieu.
- M. Christian Nicolas, directeur adjoint aux Finances, Hôpital Saint Louis.

CHU Hôpitaux de Bordeaux

- Pr. Roger Marthan, chef de service, conseiller auprès du Président de l'université Bordeaux II pour la recherche médicale.
- M. Fillatreau, directeur des affaires médicales et de la recherche clinique.

Il était prévu que cette collaboration se matérialise sous la forme de trois rendez-vous avec chacun des correspondants :

– un premier rendez-vous pour présenter et discuter la méthode de recherche, déterminer la liste des personnes à interroger et établir la liste des documents disponibles,

– un deuxième rendez-vous pour présenter les transferts identifiés, proposer un premier chiffrage et voir si de nouveaux entretiens étaient nécessaires,

– un troisième rendez-vous pour valider les transferts identifiés et les évaluations proposées.

II.3 Sources et collecte de l'information

L'information disponible au départ était très insuffisante, comme l'atteste le rapport de l'IGAS-IGAENR, et devait donc être produite par nos soins pour une large part. Pour obtenir l'information spécifique relative à chacun des quatre types de transferts étudiés, nous avons donc effectué dans un premier temps plusieurs entretiens pour chaque CHU avec les personnes identifiées comme les mieux à même de nous renseigner sur le sujet traité. La liste de ces personnes, élaborée sur la base des indications obtenues de nos correspondants pour chaque CHU, est présentée dans l'Annexe 1. Pour mener à bien ces entretiens, une grille a été

préalablement élaborée de façon spécifique pour chacun des quatre thèmes étudiés, dont on trouvera une reproduction dans l'Annexe 2.

Ces entretiens avaient pour but de cerner les caractéristiques du type d'échanges étudié sur chaque site, en mettant essentiellement l'accent sur les aspects qualitatifs du problème. Ces réunions ont également été l'occasion de définir les possibilités d'obtention d'informations complémentaires. Il pouvait s'agir soit de documents existants fournissant des éléments de réponses aux questions en suspens, soit de définir des fiches techniques *ad hoc*, élaborées de façon à obtenir les informations manquantes, et d'identifier les personnes à qui les envoyer.

Dans un second temps, nous avons donc disséminé auprès des personnes destinataires ces fiches techniques de façon à préciser les nombreuses informations, notamment quantitatives, permettant d'affiner la caractérisation issue des entretiens qualitatifs :

- pour le CHU Kremlin-Bicêtre, un questionnaire visant à connaître le niveau d'activité des différents personnels médicaux, et sa répartition entre les trois missions de soins, d'enseignement, et de recherche (Annexe 3)
- pour le CHU de Lyon, d'une part une fiche pour chaque équipe de recherche visant à préciser le partenariat entre l'Université et l'Hôpital, et d'autre part une fiche permettant de caractériser les plates-formes techniques de recherche et leur utilisation (Annexe 4)
- pour le CHU de Bordeaux, une fiche permettant de préciser la répartition du financement des équipes de recherche (Annexe 5).

Enfin, nous avons tenté d'identifier et de récolter auprès de nos différents interlocuteurs (correspondants et personnes interviewées) tous les documents spécifiques permettant, pour le thème traité dans chaque CHU, de disposer d'informations complémentaires (conventions, contrats, plan quadriennal, budgets annuels, etc.), sans parler des textes législatifs et réglementaires pertinents.

II.4 La valorisation des transferts économiques

L'étude sur le CHU de Nancy avait permis d'identifier l'existence d'échanges économiques et montré l'importance des transferts non pris en compte dans les conventions constitutives des CHU, mais sans en donner la mesure faute d'informations disponibles. Le récent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche¹ tire des conclusions identiques mais sans véritablement proposer de chiffrage des montants en jeu. Notre objectif est d'aller, autant que faire se peut, au-delà d'un simple inventaire des différents transferts économiques en évaluant, directement ou indirectement, ces transferts à partir des données obtenues des différentes sources d'information.

¹ Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires, IGAS, IGAENR, juillet 2004.

Pour effectuer ce chiffrage, nous avons utilisé plusieurs méthodes :

- Nous avons obtenu, de la part de nos interlocuteurs, des données brutes utilisables directement ; par exemple tous les chiffres sur les différentes catégories de personnel, et principalement leur nombre par catégorie, ou bien leur indice moyen de rémunération.
- Certains chiffres ont été construits avec la collaboration de nos correspondants; par exemple, pour estimer le temps consacré, par les praticiens hospitaliers d'une part et les différentes catégories de médecins hospitalo-universitaires d'autre part, aux activités de soins, d'enseignement et de recherche, une fiche-questionnaire a été élaborée et envoyée par mail ou courrier à la totalité de ces personnels de l'hôpital Kremlin-Bicêtre. Le retour des questionnaires a donné lieu à une exploitation statistique permettant de dresser une image de la répartition de l'activité hebdomadaire à confronter aux réponses obtenues lors des entretiens effectués par ailleurs.
- La troisième source chiffrée utilisée est constituée de « dire d'experts », en particulier lorsqu'un chiffrage exhaustif demanderait un travail trop long : par exemple, pour estimer le temps consacré par la secrétaire d'un PU/PH à des tâches liées à l'activité d'enseignement et de recherche exercée par le PU/PH.

En fin de compte, l'intérêt d'une approche fondée sur une étude de cas est double. D'une part, il s'agit d'approcher la réalité des transferts économiques en en donnant des ordres de grandeur de façon à estimer leur nature et leur importance respective. D'autre part, le choix d'une telle démarche permet de montrer le type d'exploitation possible des documents administratifs disponibles et par voie de conséquence les limites de leur traitement, en même temps que les possibilités de générer des informations complémentaires au moyen de questionnaires et fiches techniques adaptés à chaque type de transferts.

LES RESULTATS PAR SITE

Il est bien évident que les quatre types d'échanges économiques retenus dans cette étude sont liés entre eux puisque les transferts en personnels et en locaux peuvent en partie concerner l'activité de recherche et constituer certains éléments du surcoût des CHU. Cependant, chacun de ces types de transferts mérite d'être appréhendé séparément au risque de n'en appréhender que la partie commune. Nous commencerons par présenter les résultats relatifs aux échanges des ressources, en personnels d'une part, en locaux d'autre part, avant de nous intéresser aux transferts qui résultent spécifiquement de l'activité de recherche ou plus généralement des missions spécifiques d'un CHU.

I Les transferts liés aux personnels : l'exemple du CHU Kremlin-Bicêtre

L'observation du CHU de Nancy a permis de révéler l'importance potentielle des transferts de personnels, parmi les différents types d'échanges entre l'université et l'hôpital, sans toutefois aller jusqu'à en cerner la nature et l'ampleur. Nous avons donc approfondi l'analyse de ce type de transferts relatifs aux ressources humaines en portant notre attention sur l'hôpital Bicêtre et l'UFR de médecine Paris-Sud, au Kremlin-Bicêtre (94).

I.1 La démarche employée

Ce type de transferts ne fait l'objet d'aucun suivi par l'une ou l'autre des institutions partenaires au sein du CHU. Ainsi, il n'existe aucune source d'informations permettant d'en connaître directement la nature et l'ampleur. Il nous a donc fallu dans un premier temps obtenir l'information diffuse détenue par les différents acteurs concernés avant de pouvoir dans un second temps en faire l'analyse visant à déterminer le plus précisément possible la nature, les modalités et l'ampleur de ces transferts.

La collecte de l'information a été effectuée selon deux méthodes complémentaires :

- une série d'entretiens ciblés auprès d'interlocuteurs identifiés grâce aux deux correspondants représentant l'hôpital et l'université (Annexe 1)

- un questionnaire auto-administré par les praticiens hospitalo-universitaires et les praticiens hospitaliers (Annexe 3)

Les entretiens ciblés ont été effectués au début du mois de décembre 2004 auprès d'un représentant de l'administration de l'UFR de médecine et de quatre PU-PH, sélectionnés pour leur implication dans la recherche clinique (Professeurs Becquemont et Mariette), l'enseignement (Professeur Bobin pour la formation continue) ou la politique scientifique (Professeur Raphaël). Pour cadrer ces entretiens, une grille d'entretien spécifique aux transferts de personnels (Annexe 2) a été préalablement élaborée, sur la base des enseignements tirés de l'observation du site nancéen.

D'autre part, le questionnaire, dont l'objet est de déterminer le volume global de travail hebdomadaire et sa répartition entre les trois missions de soins, d'enseignement et de recherche, a été envoyé à tous les membres du personnel médical (PH d'un côté, PU-PH, MCU-PH, CCA/AHU¹ de l'autre). Il a été envoyé par courrier papier aux PH et par courrier électronique aux hospitalo-universitaires, par l'intermédiaire de leur institution de rattachement. Les réponses devaient être renvoyées directement auprès du Legos.

L'utilisation de ces deux approches permet de disposer de résultats à la fois quantitatifs et qualitatifs, et de confronter les dires d'experts à des données observées. Sur la base de ces informations, il semble que la situation puisse être caractérisée de la façon suivante.

I.2 Le paysage décrit au cours des entretiens

Les entretiens réalisés avec les différents interlocuteurs susmentionnés permettent de préciser les activités pouvant induire des transferts de personnel allant soit de l'hôpital vers l'université soit, de façon symétrique, de l'université vers l'hôpital.

I.2.1 Les transferts de l'hôpital vers l'université

D'un côté, certains types de personnels rémunérés exclusivement par l'hôpital participent à des missions d'enseignement et de recherche.

Des infirmières participent à la recherche clinique. Cette tâche occuperait peu de leur temps (5%) mais, outre qu'il peut être facturé lorsqu'il s'agit de protocoles industriels, elles en tireraient un apprentissage de rigueur et un intérêt intellectuel. Il n'est donc pas évident que ceci déborde de leurs attributions normales.

Des secrétaires hospitalières, travaillant pour des hospitalo-universitaires, effectuent des tâches concernant les activités d'enseignement et/ou de recherche de leur chef de service. Ceci serait variable d'un service à l'autre. Il peut être question de tâches assez marginales

¹ Les PH désignent les Praticiens Hospitaliers, PU-PH les Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers, MCU-PH les Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers, CCA/AHU les Chefs de Cliniques Associés/Attachés Hospitalo-Universitaires.

lorsqu'elles concernent la recherche (frappe et mise en page d'articles de recherche) ou d'une implication beaucoup plus importante lorsque cela concerne l'enseignement car il s'agit alors de pallier le manque de personnel universitaire. Selon certains PU-PH, la proportion du temps de travail de leur secrétaire concernée par ces activités peut aller jusqu'à 30% ou 40%. Les contreparties sont alors généralement symboliques. Néanmoins, certaines secrétaires perçoivent de l'UFR de Médecine un complément de rémunération sous forme d'heures supplémentaires, statutairement limitées à 100 heures annuelles, au titre du travail effectué pour des tâches universitaires (DU). Pour l'année universitaire 2003-2004, 6 ou 7 secrétaires hospitalières seraient dans cette situation.

La recherche clinique mobilise souvent *d'autres catégories de personnel hospitalier* : infirmière de recherche clinique (IRC)¹, techniciens d'études cliniques ou techniciens de laboratoire. Mais ceci ne serait pas à inclure dans d'éventuels transferts si l'on estime, comme c'est généralement le cas de nos interlocuteurs, que la recherche clinique est une des missions de l'hôpital.

Des PH sont impliqués dans des activités d'enseignement ou de recherche, universitaire ou clinique. Il peut s'agir d'une stratégie de carrière pour certains PH désireux d'obtenir un poste hospitalo-universitaire, mais certains interlocuteurs estiment que cela fait partie de la spécificité de l'activité d'un PH en CHU :

- Les PH qui participent à l'enseignement sous forme de cours bénéficient du titre de chargé d'enseignement lorsque cette charge correspond à au moins 20 heures TD assurées annuellement et perçoivent alors théoriquement une rémunération sous forme d'heures complémentaires versées par l'université². 7 PH seraient dans ce cas, représentant un total de 245 HTD rémunérées.
- Par ailleurs, un nombre à peu près équivalent de PH serait rémunéré pour un volume horaire inférieur à 20 HTD annuelles.
- Un certain nombre de PH participent également à l'enseignement théorique sans être rémunérés, notamment dans le cadre des différents D.U. de l'UFR.
- Les PH sont aussi concernés par l'enseignement au lit des malades, mais il semble que cette fonction est généralement admise comme faisant partie du service hospitalier d'un PH en CHU, cette remarque s'appliquant également à la recherche clinique.

S'il apparaîtrait qu'il existe des transferts économiques liés aux personnels allant de l'hôpital vers l'université, ils ne sont généralement ni codifiés ni très bien connus. Lorsque l'UFR les prend en compte, elle rémunère individuellement les personnes concernées mais sans qu'il y ait de compensation vis-à-vis de l'employeur principal, à savoir l'hôpital. De tels arrangements reposent donc sur l'hypothèse implicite que ces interventions ne sont pas prises sur le temps de travail hospitalier de base mais correspondent effectivement à des heures de travail

¹ S'agissant des IRC, on en dénombre 2 en poste à l'unité de recherche clinique, dont l'une est financée par l'hôpital, l'autre par des ressources mutualisées.

² Dans le budget 2004 de l'UFR de médecine, les frais de personnel représentent un montant de 411 700 € et incluent toutes les rémunérations, y compris contractuelles. Il n'a pas été possible d'obtenir le chiffre concernant exclusivement le paiement de ces heures complémentaires.

supplémentaires faites au-delà du service dû à l'hôpital. Cette hypothèse est cohérente avec les résultats des entretiens ciblés.

1.2.2 Les transferts de l'université vers l'hôpital

D'un autre côté, certains personnels relevant partiellement ou totalement de l'UFR de médecine peuvent être mobilisés en relation avec une activité de soins.

Le *personnel non-enseignant* est concerné par ce type de transferts dans la mesure où il peut être amené à participer à l'accompagnement de missions de soins qui ne sont pas dans ses attributions. Ainsi, parmi les 83 IATOSS (ingénieur, administratif, technicien, ouvrier de service et de santé) de l'UFR de médecine, 21 d'entre eux (soit un quart du total) effectuent leur activité au sein d'un laboratoire ou d'un centre rattaché à l'hôpital, en étant affectés à des écoles doctorales ou à des masters. Ces 21 postes sont affectés dans trois hôpitaux différents : 15 à l'hôpital Bicêtre, 3 à l'hôpital Paul Brousse, 3 à l'hôpital Antoine Bécère¹. La présidence de l'université souhaite augmenter ce type de déploiement, à l'occasion de la réaffectation des postes. Ces personnels effectueraient, dans ce cadre, des tâches essentiellement universitaires, mais il n'est pas possible d'en avoir la certitude car il n'existe pas de contrôle strict effectué sur ce point. Il est donc difficile de savoir quelles sont les tâches effectivement réalisées par ces personnels détachés à l'hôpital, et notamment si ils participent en partie à une mission de soins (frappe de comptes-rendus médicaux pour les secrétaires, manipulations techniques).

Les *médecins hospitalo-universitaires* ont une triple mission d'enseignement, de recherche et de soins. Il n'existe cependant aucune codification du volume horaire total du temps de travail ni de la part respective que doivent prendre ces trois missions. Ceci limite fortement toute tentative d'évaluation des transferts économiques liés à cette question en l'absence de normes pouvant servir de référence. La norme implicite de nombreux hospitalo-universitaires en terme de partage du temps de travail semble être celle d'une répartition à 50% pour les soins (mission « hospitalière ») et 50% pour l'enseignement et la recherche (missions « universitaires »). Par rapport à cette norme, les hospitalo-universitaires soulignent que la mission hospitalière, qui est prioritaire, accapare une partie de plus en plus grande de leur activité. Les chefs de cliniques et assistants (CCA/AHU) sembleraient plus touchés par cette évolution que les PU-PH (80% du temps consacrés aux soins pour les premiers contre 50 à 70% pour les seconds). Les services cliniques purs seraient plus concernés que les services médico-techniques.

Cette tendance au développement de la fonction hospitalière au détriment des missions de recherche et d'enseignement aurait deux origines :

- d'une part, il semble exister une pénurie absolue et relative de PH et d'internes du fait de mesures récentes (passage aux 35 heures, repos de sécurité...) et de l'évolution de la démographie médicale, ce qui engendrerait un effet de report de la mission de soins sur les hospitalo-universitaires;

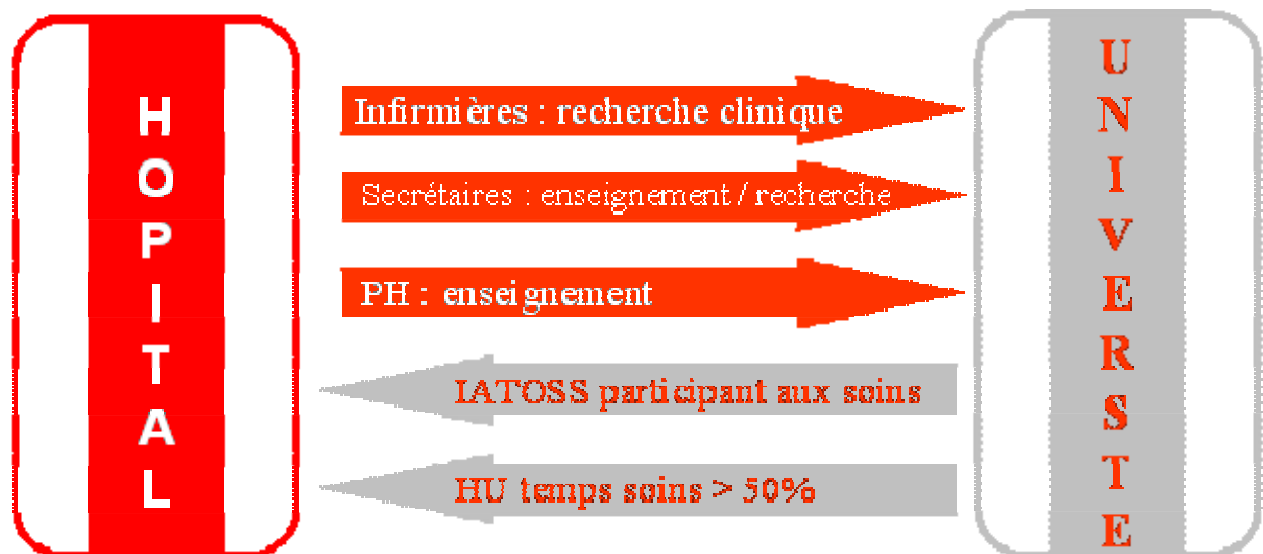
¹ On connaît également la répartition catégorielle de ces agents : 2 agents techniques, 3 ingénieurs d'étude, 7 techniciens, 1 assistant ingénieur, 3 ASTI (agents des services techniques ITARF), 2 SASU (secrétaires d'administration scolaire et universitaire), 3 contractuels.

- d'autre part, le poids des tâches « administratives » hospitalières (codage PMSI, formulaires et demandes en tous genres) a considérablement augmenté et détourne les personnels des autres missions, qu'il s'agisse de la recherche ou de l'enseignement et dans une moindre mesure des soins.

Ces considérations conduisent à penser qu'il y a là potentiellement une mauvaise affectation des ressources humaines, liée à une pénurie de certains personnels qui est à apprécier dans le contexte de la contrainte budgétaire exercée sur les hôpitaux, et pour laquelle l'université serait mise à contribution de façon plus ou moins explicite.

On peut schématiser sur un graphique (Figure 1) les différentes activités induisant des flux d'échanges de personnel entre les deux institutions selon des modalités et pour un montant difficiles à évaluer. L'un des aspects les plus délicats tient cependant à la question de savoir si telle ou telle activité réalisée par un type de personnel donné fait partie de ses attributions normales ou correspond à un transfert, soit parce qu'on ne connaît pas précisément les activités effectuées durant le temps de service, soit parce que la nature de ce service n'est pas clairement définie. Cette question reste donc largement ouverte en l'absence de définition précise des missions assignées aux différents types de personnels.

Figure 1 : Les échanges potentiels de personnel entre université et hôpital



I.3 Résultats de l'enquête quantitative

Les entretiens ciblés nous ont permis de formuler deux hypothèses au sujet des échanges liés aux personnels:

- le temps de travail hebdomadaire des hospitalo-universitaires devrait être notablement plus important que celui des hospitaliers purs
- les transferts économiques ont lieu dans les deux sens, mais pas avec la même ampleur

Par rapport à ces hypothèses, le dépouillement de l'enquête effectuée auprès de tous les médecins en exercice dans le groupe hospitalier Kremlin-Bicêtre permet de confirmer, en les précisant et en les quantifiant, l'importance de ces différents transferts. Cependant, étant restreinte au personnel médical, cette enquête ne fournit aucune information relative aux transferts liés aux personnels IATOSS de l'université ou aux secrétaires et infirmières hospitalières. Nous ne pouvons donc nous intéresser ici qu'aux transferts touchant le personnel médical sous différents statuts.

Les principaux résultats de cette enquête sont synthétisés dans le Tableau 3. Le faible taux de réponse (14% pour les hospitalo-universitaires) doit inciter à une interprétation prudente des résultats, qui doivent plus être considérés comme des indications que comme des valeurs de référence¹.

¹ Il faut préciser que quelques questionnaires renvoyés par des PH n'ont pu être exploités, soit parce qu'ils étaient incomplets ou mal remplis, soit parce qu'ils concernaient des PH à temps partiel (pour un temps variable). Les résultats présentés ici ne concernent donc que les PH à temps plein. A cet égard, on peut retenir que le nombre total de PH en activité dans le groupe hospitalier Kremlin-Bicêtre est de 950, ce qui représente 328,5 PH en équivalent temps-plein (PH ETP). Par ailleurs, les hospitalo-universitaires de cette enquête sont ceux en poste à l'UFR de médecine de Paris-Sud, qui inclut les hôpitaux Antoine Bécère et Paul Brousse en plus de l'hôpital Bicêtre.

Tableau 3 : Répartition de l'activité hebdomadaire selon le statut professionnel

| | PU-PH | MCU-PH | CCA-AHU | ENSEMBLE des HU | PH plein temps |
|----------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------------|
| effectifs en poste | 98 | 52 | 113 | 263 | |
| nombre de réponses obtenues | 21 | 7 | 9 | 37 | 12 |
| Temps passé aux soins (en H/semaine) | 34,4 | 34,0 | 47,6 | 37,6 | 45,8 |
| part dans le temps total d'activité | 59,9% | 53,8% | 71,6% | 61,6% | 81,3% |
| dont | | | | | |
| <i>salle, bloc</i> | 9,6 | 13,9 | 28,5 | 15,1 | 20,0 |
| <i>garde, astreinte</i> | 5,1 | 4,2 | 10,4 | 6,2 | 10,9 |
| <i>consultations</i> | 8,5 | 10,0 | 6,3 | 8,2 | 6,7 |
| <i>taches administratives</i> | 11,6 | 6,0 | 4,4 | 8,7 | 8,3 |
| Temps passé à l'enseignement (en H/semaine) | 12,4 | 15,7 | 10,6 | 12,6 | 7,0 |
| part dans le temps total d'activité | 22,1% | 27,1% | 16,6% | 21,7% | 12,3% |
| dont | | | | | |
| <i>Cours magistraux</i> | 2,1 | 1,6 | 0,7 | 1,6 | 0,4 |
| <i>Enseignements pratiques</i> | 0,3 | 2,2 | 0,2 | 0,6 | 0,6 |
| <i>préparation de cours</i> | 3,1 | 3,6 | 2,0 | 2,9 | 1,1 |
| <i>Enseignement lors de l'activité clinique</i> | 3,1 | 3,7 | 4,0 | 3,4 | 2,4 |
| <i>Staff</i> | 2,7 | 3,0 | 2,1 | 2,6 | 1,4 |
| <i>Cours aux internes ou externes</i> | 1,1 | 1,6 | 1,5 | 1,3 | 1,0 |
| Temps passé à la recherche (en H/semaine) | 10,7 | 12,6 | 6,7 | 10,1 | 3,5 |
| part dans le temps total d'activité | 18,0% | 19,1% | 11,8% | 16,7% | 6,4% |
| dont | | | | | |
| <i>avec un laboratoire universitaire</i> | 3,0 | 1,4 | 0,7 | 2,1 | 0,4 |
| <i>avec l'Inserm ou le CNRS</i> | 3,6 | 7,7 | 4,2 | 4,5 | 1,2 |
| <i>recherche clinique hospitalière</i> | 3,3 | 3,4 | 1,7 | 2,9 | 1,8 |
| <i>recherche avec le privé</i> | 0,8 | 0,1 | 0,1 | 0,5 | 0,1 |
| Nombre total d'heures toutes activités | 57,5 | 62,3 | 64,9 | 60,3 | 56,3 |

1.3.1 La différenciation entre personnel hospitalo-universitaire et personnel hospitalier

Ces réserves étant faites, une première comparaison entre l'ensemble des personnels hospitalo-universitaires (HU) et les praticiens hospitaliers (PH) peut être effectuée. Le temps de travail hebdomadaire moyen des HU est légèrement supérieur à celui des PH (60,3 contre 56,3 heures), soit 4 heures de travail supplémentaires par semaine. Et comme on peut le visualiser sur la Figure 2, la répartition de cette activité hebdomadaire entre les différentes missions diffère sensiblement selon le statut du personnel médical :

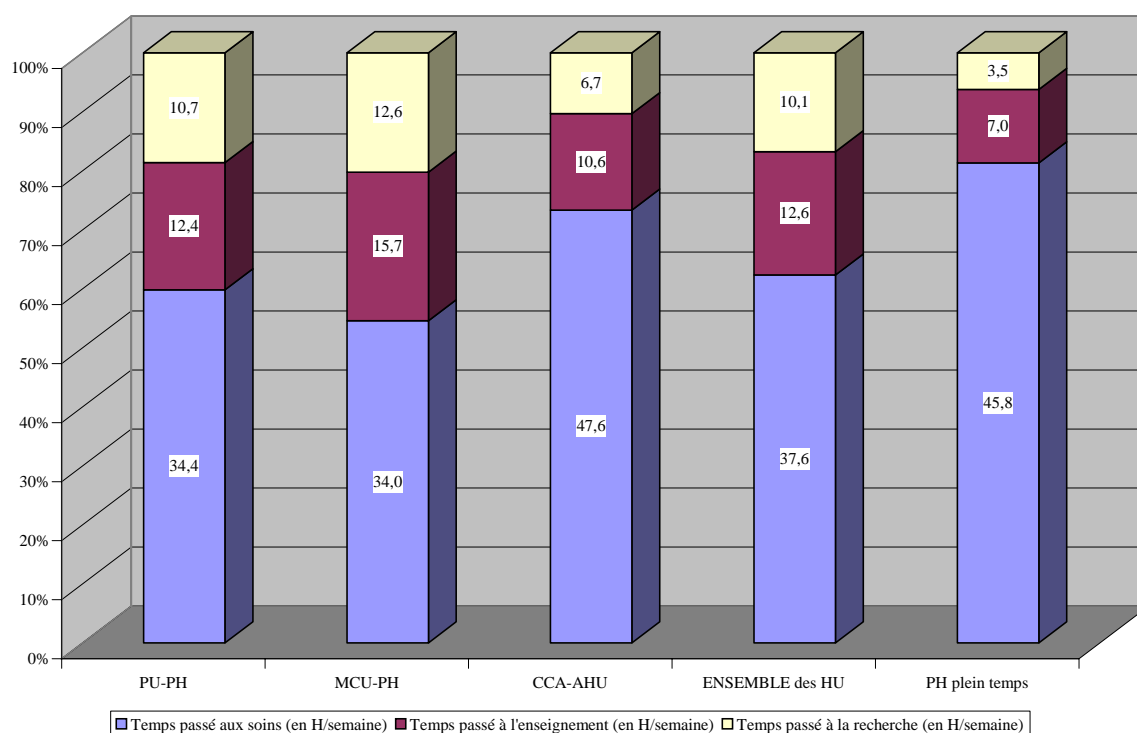
- Les hospitalo-universitaires consacrent en moyenne 37,6 heures par semaine *aux soins* (soit 61,6% de leur activité), contre 45,8 heures pour les PH (c'est-à-dire 81% de leur activité) qui y consacrent donc 8 heures de plus par semaine.
- S'agissant de *l'enseignement*, cette mission occupe près de 13 heures par semaine pour les personnels HU (soit 21,7% de leur activité) tandis que les PH y consacrent 7 heures (soit

12,3% de leur temps). Encore faudrait-il distinguer ici l'enseignement effectué dans les locaux universitaires (correspondant aux cours magistraux, enseignements pratiques, préparation de cours) de l'enseignement effectué dans les locaux hospitaliers (enseignement lors de l'activité clinique, staff, cours aux internes ou externes). Pour les personnels HU, les 13 heures hebdomadaires se décomposent en 5 heures d'enseignement universitaire (soit 40%) et un peu plus de 7 heures d'enseignement clinique (soit 60%), tandis que, pour les PH, cette activité correspond à 2 heures d'enseignement universitaire (soit 31%) et près de 5 heures d'enseignement clinique (soit 69%).

- Pour tous les types de personnel, la *recherche* constitue l'activité la moins pratiquée puisque les hospitalo-universitaires y consacrent 10 heures par semaine (soit 16,7% de leur temps) tandis que les PH y passent 3,5 heures (soit 6,4% de leur temps). Pour l'essentiel, la différence entre les deux types de praticiens s'explique par le temps passé à la recherche académique. En effet, si la recherche clinique occupe en moyenne 2 à 3 heures hebdomadaires pour tous les médecins, la recherche académique, soit dans le cadre d'un laboratoire universitaire, soit dans le cadre d'un partenariat avec l'Inserm ou le CNRS, mobilise les HU près de 7 heures par semaine, contre 1,5 heures pour les PH.

Au total, il ressort donc que les hospitalo-universitaires travaillent en moyenne 60 heures par semaine. S'ils consacrent un peu plus d'un cinquième de cette activité à l'enseignement, la mission de soins occupe leur temps de travail pour plus de trois cinquièmes, ce qui ne leur permet alors de remplir leur mission de recherche que pendant un sixième de leur temps. On peut noter en outre que les missions d'enseignement et de recherche effectuées par les hospitalo-universitaires ont des orientations assez différentes, l'enseignement étant à prédominance clinique tandis que la recherche est surtout académique, avec au total une certaine balance entre ces deux orientations (entre 10 heures et 11 heures pour chacune d'elles).

Figure 2 : Structure du temps de travail hebdomadaire selon le statut hospitalier



Concernant les praticiens hospitaliers, on constate surtout que leur durée de travail hebdomadaire est en fait à peine moins longue que celles de leurs confrères hospitalo-universitaires (56,3 heures, soit 4 heures de moins). Cette activité est essentiellement consacrée aux soins (à plus de 81%) mais ils effectuent également des missions d'enseignement et de recherche. A cet égard, on peut noter que si l'enseignement est surtout de nature clinique (pour 69% de cette mission), cette orientation est moins marquée pour la recherche (qui se partage pour moitié entre recherche académique et recherche clinique).

Globalement, ces résultats confirment donc les indications obtenues au cours des entretiens, tout en précisant l'ampleur des transferts de personnel médical :

- Les hospitalo-universitaires consacrent plus d'un mi-temps aux soins (60%), au détriment de la recherche, ce qui pourrait correspondre à un transfert en faveur de l'hôpital (pour 10% de leur activité globale) si l'on retient comme clé de répartition "normale" de leur activité un partage à égalité entre les soins d'un côté et l'enseignement et la recherche de l'autre.
- Les praticiens hospitaliers participent marginalement aux missions d'enseignement universitaire et de recherche académique, sans que ceci soit pris sur leur temps de travail hospitalier auquel ils consacrent plus de 52 heures par semaine (soit 45,8 heures pour les soins, 4,8 heures pour l'enseignement clinique et 1,8 heure pour la recherche clinique). On peut donc se demander s'il s'agit-là d'une contrepartie au transfert précédent ou plutôt d'une activité annexe pour les praticiens hospitaliers qui ne se substitue pas à leur activité proprement hospitalière.

1.3.2 La différenciation entre les différentes catégories de personnel hospitalo-universitaire

L'enquête fournit également un éclairage sur les différences existant entre les différentes catégories de personnel hospitalo-universitaire. Comme on peut le voir sur le Tableau 3 et la Figure 2, le volume d'activité hebdomadaire et sa répartition entre les trois missions de soins, d'enseignement et de recherche diffèrent sensiblement entre les PU-PH, les MCU-PH et les CCA-AHU. Ainsi, par rapport aux PU-PH qui déclarent travailler en moyenne 57,5 heures par semaine, les MCU-PH disent travailler 4,8 heures de plus et les CCA-AHU 7,4 heures de plus.

Si l'on considère en premier lieu la répartition de cette activité globale des PU-PH, on constate qu'ils passent en moyenne trois cinquièmes de leur temps aux soins (34 heures, soit 60%), moins d'un quart (12,4 heures) à l'enseignement et moins d'un cinquième (10,7 heures) à la recherche. Par comparaison, il apparaît que les MCU-PH consacrent le même temps que les PU-PH aux soins (34 heures), mais que leur semaine de travail est plus longue du fait du temps pris par l'enseignement (15,7 heures contre 12,4 heures pour les PU-PH) et par la recherche (12,6 heures contre 10,7 heures pour les PU-PH).

Le cas des CCA-AHU est différent dans la mesure où ils consacrent près de 48 heures par semaine aux soins, soit 14 heures de plus que les PU-PH et MCU-PH, et plus que les PH à temps plein, cette activité représentant pour les CCA-AHU près des trois-quarts de leur temps de travail. En effet, ceux-ci consacrent par ailleurs presque 11 heures hebdomadaires à l'enseignement et plus de 6 heures à la recherche.

Au total, bien que la part respective des missions d'enseignement et de recherche ne soit que de 21,7% et 16,7% de l'activité globale des hospitalo-universitaires, ce qui peut les faire considérer comme des missions secondaires, elles pâtissent clairement de l'augmentation de la charge de soins. Ce phénomène est particulièrement visible au niveau des CCA-AHU, qui, ayant à assurer la continuité des soins, sont ceux qui sont le plus touchés par l'augmentation relative de la part des soins. De fait, les activités de recherche et d'enseignement passent alors largement au second plan. Ces résultats apportent des arguments qui soutiennent les hypothèses formulées à l'issue des entretiens ciblés. Une enquête approfondie serait néanmoins nécessaire afin de déterminer si tous les hospitalo-universitaires sont touchés avec la même intensité par ce phénomène, ce que les données de cette enquête ne nous permettent pas de faire avec la rigueur requise.

1.3.3 Synthèse et valorisation économique des transferts

L'ensemble des résultats de notre enquête nous permet de dresser un bilan synthétique des différents types d'échanges que nous avons pu identifier (Tableau 4). Le premier constat que l'on peut faire tient à l'existence de transferts croisés entre les deux institutions qui conduit dès le départ à penser que l'on se situe davantage dans le cadre d'une mutualisation de certaines ressources humaines pour remplir la triple mission assignée aux CHU, que dans une perspective de prélèvement net de l'une des institutions au détriment de l'autre.

Cela dit, il apparaît de façon claire que, en l'absence de codification systématique des transferts de personnel, il est très difficile d'en effectuer une quantification complète, et ceci

pour plusieurs raisons. D'une part, certains transferts potentiels se sont avérés inobservables, qu'il s'agisse du temps consacré par des infirmières hospitalières à des tâches d'enseignement et de recherche ou de l'affectation véritable du temps des personnels IATOSS détachés à l'hôpital. Ce problème de mesure du volume d'heures des différents types de personnels correspondant à des transferts porte ainsi sur la part affectée à d'autres missions mais aussi sur les effectifs concernés. D'autre part, il est difficile d'affirmer que certaines activités engendrent des transferts si l'on estime qu'elles font normalement partie des attributions de l'institution concernée. On pense ici principalement à la recherche clinique dont beaucoup de nos interlocuteurs pensent qu'il s'agit d'une mission normale de l'hôpital. Mais ceci concerne également une partie de l'enseignement, au staff par exemple. Dès lors, les ressources humaines affectées par l'hôpital à cette mission ne seraient pas constitutives d'un transfert en faveur de l'université. Enfin, pour d'autres types de transferts, il est difficile d'en prendre la mesure exacte en l'absence d'une norme définissant l'activité "normale" de chaque type de personnel. Ainsi, la répartition de l'activité globale des personnels bi-appartenants, les hospitalo-universitaires, entre les différentes missions assignées aux CHU ne fait l'objet d'aucune spécification, même s'il semble exister un consensus pour dire qu'elle doit être, en moyenne de 50% pour les soins et 50% pour les autres missions. Mais, à partir du moment où leur activité globale avoisine les 60 heures hebdomadaires, doit-on considérer qu'il y a un transfert au bénéfice de l'hôpital parce que ces médecins consacrent 37 heures aux soins et "seulement" 23 heures à l'enseignement et à la recherche, ou s'agit-il d'heures supplémentaires effectuées gratuitement sans que ce soit au détriment de l'université ? De même, pour les praticiens hospitaliers, faut-il considérer les 7 heures hebdomadaires consacrées à l'enseignement comme un transfert au profit de l'université, quand par ailleurs ils passent 45 heures par semaine aux soins ?

A cette difficulté de quantification du volume des échanges entre les institutions constitutives du CHU s'ajoute le problème de leur valorisation. Il ne nous a en effet pas été possible d'obtenir le coût unitaire moyen des différentes catégories de personnels concernés, qui nous aurait permis d'en proposer un chiffrage plus global. Au total, les résultats présentés dans ce bilan sont donc à considérer avec prudence et ne permettent pas de tirer des conclusions définitives.

Pour autant, on peut voir, à la lecture du tableau 4, que les transferts allant de l'hôpital vers l'université sont assez marginaux en ce qui concerne la recherche (1,6 heure par semaine en moyenne), si l'on exclut la recherche clinique, mais plus importants pour ce qui est de l'enseignement (7 heures par semaine). Dans ce cas cependant, une compensation partielle, en direction des personnels et non de l'hôpital, existe sous la forme de paiement d'heures supplémentaires pour des tâches administratives lourdes et régulières (gestion de D.U. par des secrétaires) ou des charges d'enseignement significatives. D'autres interventions restent cependant sans compensation directe, notamment. Il n'existe pas, à notre connaissance, de compensation directe de l'université vers l'hôpital, sous la forme d'une indemnisation ou d'un transfert financier. Cependant, le financement supplémentaire des hôpitaux universitaires, à hauteur de 13% du budget global, est censé couvrir, entre autres, ce type de transfert de ressources humaines.

Tableau 4 : Bilan des transferts économiques potentiels liés aux personnels au CHU Kremlin-Bicêtre

| <i>Type d'échange</i> | <i>Montant du transfert potentiel</i> | <i>commentaire</i> |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| transferts de l'hôpital en faveur de l'université | | |
| - Secrétariat hospitalier effectuant des tâches universitaires | de 0 à 40% de l'activité selon les secrétaires pour des effectifs à déterminer, mais compensation partielle de l'université (600 à 700 heures supplémentaires payées) | les compensations portent sur certaines tâches codifiées (D.U.) |
| - Infirmières de recherche clinique (IRC) temps plein | 2 IRC en poste, dont 1 financée par l'hôpital, l'autre sur ressources mutualisées | } ce n'est pas un transfert si on estime que la recherche clinique est du ressort de l'hôpital |
| - Temps infirmier recherche clinique | de 0 à 5% de l'activité selon les secrétaires | |
| - Temps de PH consacré à la recherche | 1,6H par semaine (3%) en moyenne selon enquête | hors recherche clinique (1,8h par semaine) |
| - Temps de PH consacré à l'enseignement | 7H par semaine (12%) en moyenne selon enquête, avec compensation partielle de l'université (245 HTD payées) | nombreux enseignements (surtout ponctuels) non rémunérés |
| transferts de l'université en faveur de l'hôpital | | |
| - activité de soins des médecins HU au-delà de 50% du temps de travail | 7,5H par semaine (11,6%) en moyenne selon enquête au-delà du mi-temps de soins (30,1H) | montant dépendant de la norme choisie |
| - <i>Personnel IATOSS affecté à l'hôpital*</i> | <i>15 ETP à Bicêtre, 3 à P. Brousse, 3 à Béclère</i> | <i>transfert peu probable car activité universitaire supposée</i> |

* Transfert potentiel, difficile à préciser car inobservable, mais qui ne devrait toucher qu'une faible fraction du personnel concerné

En sens inverse, les transferts allant de l'université vers l'hôpital concernent essentiellement le temps supplémentaire consacré aux soins par les médecins hospitalo-universitaires par rapport aux 50% généralement considérés comme la valeur standard. Dans ce cas, on peut dire que ceux-ci consacrent en moyenne 11,6% de temps supplémentaire aux soins, au détriment donc de l'enseignement et la recherche. Ceci est d'ailleurs surtout vrai pour les CCA/AHU dont le temps de travail affecté aux soins excède celui des PH. S'agissant des personnels IATOSS, certains sont bien détachés à l'hôpital mais ceci ne devrait normalement pas être constitutif d'un transfert si leur affectation aux Ecoles Doctorales ou Masters est bien respectée. D'une manière générale, ces transferts ne donnent lieu à aucune compensation financière directe ou indirecte de la part de l'hôpital.

Ces résultats font donc apparaître l'existence de multiples transferts, qui sont d'autant plus difficilement repérables qu'ils sont marginaux et non codifiés. Dès lors, il s'avère délicat d'en prendre la mesure exacte et d'en faire un bilan net. Il semble néanmoins que les montants en jeu ne sont pas exorbitants.

II Les transferts économiques liés aux locaux entre l'université Paris VII Denis Diderot et les hôpitaux

II.1 Introduction

II.1.1 Présentation de la problématique

L'étude pilote menée par le LEGOS au CHU de Nancy a identifié la question des locaux comme l'un des axes forts d'échanges entre l'université et l'hôpital.

De plus en plus, les projets immobiliers des CHU, ayant une double destination universitaire et hospitalière, sont l'objet d'investissements conjoints entre l'université et l'hôpital. L'utilisation de ces locaux doit alors être encadrée par des conventions, signées par l'ensemble des parties prenantes. Ces conventions sont censées définir clairement les conditions d'utilisation des locaux et les obligations respectives des signataires, en particulier en ce qui concerne l'entretien et la rénovation des locaux.

A l'instar des conventions constitutives des CHU, certaines des conventions concernant les locaux sont parfois caduques voire inexistantes. L'entretien et la rénovation des locaux, dont les modalités dépendent de ces conventions, peuvent souffrir de cette situation, à tel point qu'une utilisation correcte des locaux peut devenir problématique.

Nous nous sommes donc attachés à identifier et si possible quantifier les échanges de locaux pouvant avoir lieu au sein du groupe hospitalo-universitaire formé par l'Université Paris 7 (Denis Diderot) et les hôpitaux de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, avec lesquels elle constitue les UFR de médecine « Lariboisière – Saint Louis » et « Bichat - Claude Bernard ».

II.1.2 Caractéristiques des UFR et des hôpitaux concernés par l'étude

De l'université Paris 7 Denis Diderot, dépendent deux UFR médicales (UFR Lariboisière Saint-Louis et UFR Xavier Bichat), une UFR d'odontologie, ainsi qu'un institut universitaire d'hématologie (IUH).

Les hôpitaux Lariboisière, Saint-Louis et Fernand Widal sont partenaires de L'UFR Lariboisière Saint-Louis. Les hôpitaux Bichat, Claude Bernard, Beaujon, Bretonneau, Robert Debré et Louis Mourier sont associés à l'UFR Xavier Bichat.

II.2 Méthode

II.2.1 Généralités

L'objectif est de valoriser économiquement les échanges en terme de locaux en estimant la surface des bâtiments qui en sont l'objet et en les valorisant au prix de location (s'il existe) ou au prix du marché (s'il n'y a pas location).

II.2.2 Méthode de chiffrage

Dans un premier temps, l'ensemble des locaux utilisés par les UFR médicales de l'université Paris 7 ainsi que l'ensemble des locaux utilisés par les hôpitaux qui en dépendent ont été inventoriés. Parmi ces locaux, ceux qui font l'objet d'un échange entre les deux structures ont été étudiés. Dans un second temps, un chiffrage précis de la surface de ces locaux en mètres carrés a été effectué, à partir des sources documentaires mises à notre disposition. Enfin, nous avons procédé à une valorisation économique de l'utilisation de ces locaux lorsque c'était possible.

La valorisation des locaux faisant l'objet d'un échange était faite selon deux méthodes :

- Si un loyer était versé pour l'utilisation des locaux, c'est ce loyer qui était utilisé pour la valorisation
- En l'absence de loyer, le tarif applicable par l'AP – HP. Il est clair qu'il s'agit exclusivement ici d'obtenir un équivalent monétaire de la valeur des ressources immobilières mises à disposition de l'université, et non de sommes qui seraient normalement dues au titre de l'utilisation de ces locaux.

II.2.3 Origine des données

Pour l'UFR Lariboisière Saint-Louis, les données sur lesquelles nous avons fondé notre analyse ont été extraites des documents transmis par nos correspondants de l'Université Paris 7 et de l'hôpital Saint Louis. Les documents utilisés étaient essentiellement les conventions ou projets de convention et/ou leurs avenants. Dans ces documents étaient le plus souvent précisés la surface des locaux, ainsi que leur localisation et leur mode d'utilisation. On trouvait parfois un plan précis des lieux. Il convient de noter que certaines conventions pouvaient comporter un grand nombre d'avenants¹.

Les autres documents utilisés étaient de nature plus diverse, comme, par exemple, le rapport d'audit réalisé pour un bâtiment de l'hôpital Saint-Louis. La liste des documents utilisés pour la rédaction de ce rapport est présentée en annexe au présent rapport.

¹ Ainsi la convention signée le 10 mai 1988 entre l'INSERM et l'Université Denis Diderot compte à l'heure actuelle 21 avenants pour des locaux situés dans l'enceinte du site principal d'enseignement (10, rue de Verdun dans le 10^{ème} arrondissement).

II.3 Résultats

II.3.1 Inventaire des locaux

L'UFR Lariboisière Saint-Louis

Les locaux de l'UFR médicale Lariboisière Saint Louis sont répartis sur 4 sites géographiques différents (Tableau 5). On retrouve un site universitaire (le site principal d'enseignement) et trois sites hospitaliers, correspondant aux hôpitaux dépendant de l'UFR. Quatre conventions encadrant l'utilisation des locaux hospitaliers par l'université ont été retrouvées.

Si l'existence de ces conventions traduit la volonté d'encadrer juridiquement l'utilisation des locaux et la répartition des charges afférentes, celles-ci n'empêchent pas des situations complexes de se créer, et ce même après leur signature.

Tableau 5: Situation juridique des locaux utilisés par l'UFR médicale Lariboisière Saint Louis

| Local | Situation juridique |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Site principal d'enseignement (10, rue de Verdun (75010) Enseignement | Site universitaire |
| Hôpital Lariboisière (2, rue Ambroise Paré 75010) Pavillon Civiale (enseignement) | Convention (1993) |
| Département d'anesthésie (Recherche) | - |
| Hôpital Saint Louis (1, rue Claude Vellefaux 75010) Pavillon Jeanselme (recherche.) | Convention (1996) |
| Service de microbiologie (recherche) | - |
| Pavillon Bazin | Convention (1993) |
| Hôpital Fernand Vidal (200, rue du Fbg St-Denis 75010) Santé Pub-Psy (enseignement et recherche) | - |
| Radiologie conventionnelle | Convention (1989) |

L'Institut Universitaire d'Hématologie

L'université Paris 7 utilise également d'autres locaux situés sur le site de l'hôpital Saint-Louis, indépendamment de l'UFR Lariboisière Saint-Louis. Il s'agit de l'IUH installé dans le bâtiment Hayem. Il est à noter qu'un projet de convention encadrant cette mise à disposition existe bien mais n'a pas été signé à ce jour. Dans la suite de cette présentation, nous regrouperons les locaux de l'IUH et ceux de l'UFR Lariboisière Saint-Louis, dans la mesure où ils sont en partie implantés au sein de l'hôpital Saint-Louis.

L'UFR Xavier-Bichat

Les locaux de l'UFR médicale Xavier Bichat sont répartis sur 7 sites géographiques différents. Deux sites sont des sites universitaires, les bâtiments Huchard et Beaujon. Six sites

sont des locaux intégrés aux hôpitaux dépendants de l'UFR, à savoir les hôpitaux Beaujon, Bichat, Bretonneau, Claude Bernard, Louis Mourier, Robert Debré.

Il n'existe à notre connaissance aucune convention réglementant l'usage de locaux hospitaliers par l'université.

II.3.2 Chiffrage de la surface des locaux

L'UFR Lariboisière Saint-Louis et l'IUH

Les locaux utilisés par l'UFR médicale Lariboisière Saint-Louis et l'IUH représentent une surface totale de 27 584 m² (Tableau 6). L'université est affectataire de 67 % de cette surface (18 500 m²).

C'est à l'hôpital Saint-Louis que l'université Paris 7 utilise le plus de locaux hospitaliers, en particulier le bâtiment Hayem qui représente près des deux-tiers de la surface hospitalière totale occupée par l'UFR et l'IUH.

A l'échelle des hôpitaux, les surfaces utilisées par l'UFR et l'IUH ne représentent qu'une faible partie de la surface hospitalière totale. Par manque d'informations disponibles, il ne nous a pas été possible de connaître la surface totale de tous les bâtiments hospitaliers, et donc d'estimer la part que représentent les locaux hospitaliers utilisés par l'université.

Tableau 6 : Surface des locaux utilisés par l'UFR médicale Lariboisière Saint-Louis et IUH

| Locaux | Surface utilisée par l'UFR (m²) | Surface totale des bâtiments (m²) |
|--------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Affectés à l'Université | 18 500 | 18 500 |
| <i>Site principal</i> | <i>18 500</i> | <i>18 500</i> |
| Affectés à l'hôpital | 9 084 | ? |
| <i>Hôpital Lariboisière</i> | <i>349</i> | |
| - Civile | 237 | ? |
| - Anesthésie | 112 | ? |
| <i>Hôpital Saint-Louis</i> | <i>7 986</i> | <i>?</i> |
| - Jeanselme | 190 | |
| - Microbiologie | 150 | |
| - Hayem | 6 268 | 7 714 |
| - Bazin | 1 378 | ? |
| <i>Hôpital Fernand-Widal</i> | <i>749</i> | <i>?</i> |
| - Santé pub-psy | 674 | ? |
| - Radiologie | 75 | ? |
| Total | 27 584 | - |

L'UFR Xavier- Bichat

L'UFR Xavier Bichat occupe une surface de 52 636 m² (Tableau 7). Elle est affectataire de 86 % de ces locaux. Les deux principaux sites hospitaliers intégrés sont au sein des hôpitaux Bichat (4 288 m²) et Louis Mourier (1 575 m²).

Tableau 7 : Surface des locaux utilisés par l'UFR médicale Xavier Bichat

| Locaux | Surface utilisée par l'UFR (m²) | Surface totale des bâtiments (m²) |
|--------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| affectés à l'Université | 45 053 | 45 035 |
| <i>Bâtiment Huchard</i> | 43 805 | 43 805 |
| <i>Bâtiment Beaujon</i> | 1 248 | 1 248 |
| affectés à l'hôpital | 7 583 | ? |
| <i>Hôpital Beaujon</i> | 970 | ? |
| <i>Hôpital Bichat</i> | 4 288 | 26 400 (?) |
| <i>Hôpital Bretonneau</i> | 116 | ? |
| <i>Hôpital Robert Debré</i> | 250 | ? |
| <i>Hôpital Louis Mourier</i> | 1 575 | ? |
| <i>Hôpital Claude Bernard</i> | 634 | ? |
| Total | 52 636 | ? |

L'usage hospitalier de locaux universitaires : le cas de la rue Garancière

Si les UFR médicales utilisent certains locaux hospitaliers, il faut ajouter que la situation réciproque existe également. En effet, l'UFR d'Odontologie, située rue Garancière, met à disposition de l'Hôtel-Dieu une partie de ses locaux universitaires à des fins hospitalières pour une surface totale de 1503 m². A notre connaissance, aucune convention n'encadre cette mise à disposition de locaux qui apparaissent de plus en plus vétustes et inadaptés à l'accueil du public.

II.4 Valorisation des échanges de locaux

On peut entendre la valorisation des surfaces hospitalières occupées par l'Université en deux sens différents. Si l'on considère tout d'abord les paiements effectifs effectués par les bénéficiaires des locaux au titre de leur usage, il est frappant de constater qu'aucun loyer effectif n'est réglé par l'université à l'AP-HP. Plusieurs types d'arrangements semblent exister, qui ne donnent pas toujours lieu à l'établissement d'une convention (même si certains projets tentent d'améliorer les choses). Dans certains cas, il peut s'agir d'une mise à disposition de locaux à titre gracieux, sans aucune contrepartie. Dans d'autres cas, la contrepartie financière prise en charge par l'université peut consister en l'entretien des locaux mis à disposition. Mais il existe aussi des situations plus complexes qui résultent d'une succession d'arrangements aboutissant à une configuration non désirée et non contrôlée. Ainsi, le bâtiment Hayem a été construit, sur un terrain dans l'enclos de l'hôpital Saint-Louis appartenant à l'AP-HP, avec un financement majoritairement universitaire. Ces locaux sont néanmoins la propriété de l'AP-

HP, comme le rappelle un projet de convention non encore signé à ce jour. Dans cette configuration, les deux parties ne se sont pas mises définitivement d'accord sur les modalités de prise en charge de l'entretien et de la mise aux normes du bâtiment qui fait l'objet d'accords partiels et ponctuels.

En l'absence de toute relation marchande simple sous la forme d'un paiement en contrepartie de la mise à disposition de ressources immobilières, on peut néanmoins tenter de valoriser ces échanges par rapport au tarif locatif de ces surfaces. Lorsque aucun loyer n'est payé, on utilise la valeur du loyer qui aurait dû être payé, en tenant compte des tarifs habituellement pratiqués par l'AP-HP en fonction de la vétusté des locaux.

Nous ne disposons pour cela que de quelques informations disponibles, relatifs aux arrangements prévus pour trois bâtiments de l'hôpital Saint-Louis :

- Pour le Bâtiment Hayem : un tarif de location prévu de 98 €/m²/an dans le projet de convention aboutit à un total de 614 264 €/an pour ce seul bâtiment.
- Pour le Bâtiment Bazin : un tarif unitaire de 107 €/m²/an, prévu dans l'avenant à la convention de 1999 correspondrait à un total de 147 446 €/an (coût 2000 non actualisé).
- Pour le Pavillon Jeanselme, la convention ayant actuellement cours prévoit la gratuité des locaux.

II.5 Discussion

La problématique des locaux est au premier plan des échanges économiques entre l'hôpital et l'université, comme l'enquête - pilote sur le CHU de Nancy l'avait montré.

L'étude des deux UFR de médecine et de l'IUH dépendant de l'université Paris 7 Denis Diderot permet d'éclairer les principales caractéristiques de ces échanges. La première et la plus évidente de ces caractéristiques est le sens de ces échanges, qui vont très majoritairement de l'hôpital vers l'université. La seconde caractéristique est que si ces échanges représentent pour les UFR de médecine une part non négligeable de leurs locaux, ils concernent une part beaucoup plus faible des locaux hospitaliers. Enfin, l'absence fréquente de conventions relatives à ces locaux a pu créer des situations complexes, voire conflictuelles, à propos du paiement d'un loyer et des obligations respectives des différentes parties concernant l'entretien et la rénovation des ces locaux.

Deux facteurs peuvent expliquer en partie le sens des échanges. Premièrement, l'hôpital dispose d'un capital immobilier très important (l'AP-HP possède l'un des plus grand parcs immobiliers de la ville de Paris) justifié par l'espace nécessaire à l'activité de soins (en particulier l'hospitalisation). Comparativement, l'université est assez peu dotée en ce domaine, en partie pour des raisons historiques. Deuxièmement, le concept de CHU implique une proximité géographique entre les structures hospitalières et universitaires. Il semble alors beaucoup plus simple et cohérent d'installer des structures universitaires dans des locaux

existant au sein de l'hôpital plutôt que de construire les locaux universitaires *ad hoc*. Par ailleurs, l'exemple des locaux de l'UFR d'odontologie de Garancière permet de montrer que les mises à disposition de locaux peuvent aussi se produire, bien que plus rarement, dans le sens inverse.

La surface des locaux faisant l'objet d'un transfert entre les deux institutions correspond à des parts relatives immobilières différentes pour l'université et l'hôpital. Variable d'une faculté à l'autre, cette question est néanmoins cruciale pour l'université. Près du tiers (32 %) des locaux utilisés par l'UFR Lariboisière - Saint-Louis et l'IUH sont des locaux hospitaliers. Dans le cas de l'UFR Bichat - Claude Bernard, cette proportion est de 14 %. Pour les hôpitaux, la part relative des locaux faisant l'objet d'un échange avec l'université est beaucoup plus faible, mais cette part n'a pas pu être chiffrée par manque d'informations.

Jusqu'à une période récente, ces locaux jouissaient de statuts différents, le versement de loyer n'étant pas la règle. Or, le contexte actuel, où les problèmes de financement des dépenses de santé, la restructuration de l'AP-HP et le plan hôpital 2007 se conjuguent, pousse à une harmonisation de la situation de ces locaux. Ceci ne va pas sans poser de graves problèmes, puisque depuis de nombreuses années, le flou existant dans certains cas a créé des situations assez difficiles à gérer. L'absence de convention à jour pour la plupart des locaux a entraîné des conséquences pratiques sur le paiement et le montant éventuel d'un loyer et sur les obligations des différentes parties en ce qui concerne l'entretien et la rénovation des locaux. Dans certains cas, des situations de blocage durant plusieurs années ont entraîné une remise en question de l'utilisation normale et sécurisée des locaux. Les sommes mises en jeu peuvent atteindre plusieurs millions d'euros et expliquer des fortes tensions.

Les cas étudiés ici présentent certaines caractéristiques qui peuvent limiter la généralisation des résultats à l'ensemble des CHU. Le contexte particulier du marché immobilier parisien est difficilement transposable à d'autres villes. Il se caractérise par une rareté des locaux et un niveau de prix très élevé. De plus, l'implantation des structures étudiées au cœur de la ville n'est pas comparable avec certaines autres structures en région qui peuvent être situées en dehors des grands centres urbains et disposer, par exemple d'un véritable campus pouvant accueillir de nombreux laboratoires et reléguer l'importance de la question des locaux au second plan.

III La recherche et sa valorisation au CHU de Lyon

La mission de recherche est l'une des trois missions d'un CHU et a été identifiée par l'enquête pilote de Nancy comme un des thèmes privilégiés pour l'étude des échanges économiques entre hôpital et université. Cependant, la caractérisation de la recherche est assez complexe. L'établissement d'une typologie des différentes recherches menées au sein des CHU (à savoir recherche « universitaire » et recherche « clinique ») n'est pas évidente, puisque celles-ci sont imbriquées les unes avec les autres et constituent un *continuum* dont les frontières ne peuvent être dessinées aisément. Nous commencerons donc, avant d'étudier les échanges économiques eux-mêmes, par une présentation des principales caractéristiques du CHU lyonnais du point de vue de la recherche, et par une clarification des différentes notions utilisées en matière de recherche.

III.1 Les principales caractéristiques de la recherche médicale au CHU de Lyon

Avant de porter notre attention sur le CHU de Lyon comme exemple des modalités d'organisation et de développement de la recherche médicale dans le cadre général des CHU, il convient de lever une ambiguïté possible sur la recherche hospitalière.

III.1.1 Le problème de la définition de la recherche à l'hôpital

Si la recherche en général, et la recherche universitaire en particulier, peuvent être clairement définies, la recherche à l'hôpital est plus difficile à circonscrire. Certains acteurs de la recherche s'opposent même à ce que l'on puisse faire une distinction entre la recherche à l'hôpital et la recherche à l'université, entre la recherche clinique, hospitalière et universitaire. Pour eux, la recherche constitue un continuum, « de l'éprouvette au malade ». Il apparaît dans ce cadre difficile, voire impossible, de fixer une frontière entre sciences fondamentales et sciences appliquées.

Il est cependant indispensable de définir avec précision la recherche hospitalière dans le cadre de cette étude afin de pouvoir identifier des flux et tenter de les mesurer. Cette définition ne peut être au mieux qu'un compromis entre, d'une part, les définitions existantes et, d'autre part, la faisabilité de l'étude.

Le principal problème lié à la définition de la recherche hospitalière tient à la confusion entre recherche hospitalière, recherche clinique et recherche biomédicale.

Une définition légale de la recherche biomédicale: la loi Huriet-Sérusclat¹

Votée en 1988, la loi a vocation à encadrer toute recherche conduisant à des expérimentations sur l'être humain. Le vocable « *recherche biomédicale* » est défini dans l'article 1 comme « *les essais ou expérimentations organisés et pratiqués sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales [...]* ». Le plus souvent cette situation désigne des essais cliniques concernant des médicaments ou des méthodes diagnostiques nouvelles.

La loi de santé publique du 9 août 2004², redéfinit le champ de la recherche biomédicale en remplaçant les termes « *essais ou expérimentations* » par celui de « *recherche* ». De plus, sont expressément exclues du champ d'application de la loi les recherches « [...] *dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle, sans aucune procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic ou de surveillance [...]* »³ et celles « [...] *visant à évaluer les soins courants [...]* ». On peut néanmoins se demander si ces recherches ne font pas partie de la recherche clinique.

Les champs de la recherche clinique

La recherche biomédicale, telle qu'elle est définie par la loi Huriet-Sérusclat, ne couvre que partiellement l'ensemble du champ de la recherche clinique ou de la recherche pratiquée à l'hôpital.

Ainsi, de nombreux acteurs de la recherche clinique en définissent le champ comme « *l'ensemble des recherches qui portent sur l'être humain* » qu'il s'agisse de biologie, d'imagerie, de pharmacologie ou encore d'épidémiologie. La recherche clinique ne se limite pourtant pas à l'hôpital puisque des essais cliniques peuvent se dérouler sur des patients en ambulatoire. *A contrario*, la recherche pratiquée à l'hôpital n'est pas forcément de la recherche clinique. De plus, les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) financent souvent des recherches sortant du cadre de la loi Huriet. Enfin, la recherche clinique peut être initiée et menée par l'université.

Il faut donc retenir que les termes « *recherche clinique* » ou « *recherche biomédicale* » renvoient à un ensemble d'activités et de pratiques dépassant le strict cadre de la réglementation. Cette polysémie rend d'autant plus délicate toute tentative de caractérisation de la recherche médicale dans le cadre hospitalo-universitaire.

Caractéristiques du CHU de Lyon

Le CHU de Lyon est constitué par les Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'Université Claude Bernard – Lyon 1 (UCBL).

Les Hospices Civils de Lyon (HCL)

¹ Loi 88-1138 du 20 décembre 1988 dite loi « Huriet-Sérusclat ». Voir Livre 2bis du Code de la Santé Publique relatif à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

² Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

³ Article L1121-1 du code de la santé publique

Les Hospices Civils de Lyon (HCL) sont le deuxième centre hospitalier de France et représentent 16 établissements hospitaliers pour un total de près de 5500 lits d'hospitalisation. En 2003, ils employaient plus de 20 000 personnes et géraient un budget de 1,2 milliards d'euros.

En termes de recherche, les HCL sont « *l'un des deux premiers pôles de recherche médicale français* » pour la recherche clinique selon le contrat d'objectifs et de moyens (COM) 2002-2004.

Les HCL connaissent une évolution stratégique notable avec une restructuration autour de trois grands pôles et d'importantes opérations d'investissement associées. Ce schéma tripolaire visant à améliorer l'organisation des soins, permet dans le même temps de réunir sur un même site des activités de recherche en santé connexes ou complémentaires, et de créer un véritable « site hospitalo-universitaire », conformément à l'esprit de l'ordonnance de 1958.

L'Université Claude Bernard – Lyon 1 (UCBL)

Dédiée aux sciences et à la santé, cette université comptait plus de 28000 étudiants pour l'année 2003-2004. Elle regroupe 4 UFR de médecine¹ dont le *numerus clausus* pour le concours du PCEM 1 était fixé à 328 (année universitaire 2003-2004).

Dans le domaine de la recherche, l'UCBL emploie 2091 enseignants-chercheurs et compte 102 structures de recherche contractualisées. L'université travaille en lien avec les différents établissements publics scientifiques et techniques (EPST), puisqu'elle compte, entre autres, 42 unités mixtes de recherche (UMR) avec le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) et 23 avec l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm).

De fait, plus de la moitié de l'activité de recherche de l'UCBL se développe dans le champ des sciences de la vie et de santé, ce qui constitue pour la région un pôle de référence.

Afin de développer ses liens avec l'industrie et valoriser son fort potentiel de recherche, l'UCBL s'est dotée en 1990 d'une filiale commerciale, Ezus Lyon 1.

La recherche aux HCL : ampleur, montant, équipes

La recherche aux HCL est relativement bien structurée et bénéficie d'un soutien institutionnel fort et d'une véritable politique stratégique, visant à dynamiser et valoriser la recherche clinique ou hospitalière.

¹ UFR Lyon Sud, Lyon Nord, Lyon-Grange Blanche, Laennec

Le pilotage institutionnel de la recherche

Les HCL disposent de quatre instances qui assurent le pilotage de la recherche. Trois d'entre elles sont propres aux HCL, la dernière est commune à d'autres structures (Figure 3).

Le comité décisionnel

C'est l'instance décisionnelle dont sont membres le directeur général des hospices civils de Lyon, le président et le vice-président de la CME, un représentant du conseil d'administration, le président de l'université ou le président du CCEM. Son rôle est de décider de la politique de recherche, des axes stratégiques de développement et des partenariats des hospices civils de Lyon.

La commission scientifique de la recherche (CSR)

Cette commission a pour mission l'évaluation scientifique des dossiers de projets de recherche déposés au sein des HCL et la formulation de propositions pour les appels d'offres (PHRC, appel d'offres interne HCL et STIC). Elle est composée à la fois d'élus de la CME et de personnes cooptées pour leurs compétences dans un domaine particulier de la recherche (président élu : M. le Professeur Salles). Elle est assistée de six sous-commissions thématiques.

La délégation à la recherche clinique (DRC)

C'est l'instance qui assure la gestion administrative et financière de l'ensemble de l'activité de recherche se déroulant dans l'institution ainsi que les liens avec les différents partenaires que sont l'université, les EPST, les ministères de la santé, de la recherche et l'industrie. La DRC est également impliquée dans la valorisation de la recherche.

Le comité de coordination de la recherche (CCR)

Ce comité a été créé en 1999 pour resserrer les liens indispensables entre l'Université, l'Hôpital et les équipes Inserm. Ce comité facilite et amplifie les échanges d'informations entre ces différentes institutions

Le montant de la recherche aux HCL

Le budget recherche des HCL était de 9,4 millions d'euros en 2003, soit 0,7 % du budget global.

Les sources de financement

Les *appels d'offre STIC* (soutien à la diffusion des innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses) représentaient la source de financement la plus importante avec près de la moitié des sources de financement, soit 4,3 millions d'euros (Tableau 8).

Les *contrats de recherche avec des organismes extérieurs* ont subi une augmentation, tant en nombre (77 nouveaux contrats, pour un total de 290) qu'en montant (15 millions d'€ en pluriannuel). La part budgétisée pour l'exercice 2003 s'élevait à 2,2 millions d'euros.

Les crédits dépensés pour les 68 *programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC)* nationaux et régionaux en cours ou autorisés, représentant potentiellement 2,72 millions d'euros pour 2003, ont atteint 1,70 millions.

Les conventions d'essais thérapeutiques signées en application de la *loi Huriet-Sérusclat* représentaient un montant de près de 850 000 €

Tableau 8 : Sources et emplois des financements de la recherche aux Hospices Civils de Lyon (HCL) en 2003

| Sources de financement | Emploi des ressources (€2003) | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------|----------------|------------------|
| | Salaires | Fonctionnement | Investissement | Total |
| STIC (Soutien à la diffusion des innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses) | 107 062 | 4 204 512 | NA | 4 311 574 |
| Contrats de recherche avec des organismes extérieurs | 1 640 626 | 312 773 | 251 802 | 2 205 201 |
| PHRC (Programme hospitalier de recherche clinique) | 1 221 464 | 474 639 | NA | 1 696 103 |
| Conventions loi Huriet | 120 842 | 728 073 | NA | 848 915 |
| Biostatistiques | 267 749 | 0 | 0 | 267 749 |
| Appels d'offre (HCL et HCL / UCBL) | 121 005 | 63 451 | 4 668 | 189 124 |
| Promotion | 0 | 140 004 | 0 | 140 004 |
| CIC (Centre d'investigations cliniques) | 91 469 | 25 218 | 0 | 116 687 |
| HCL / CNRS / Inserm | 97 579 | 0 | 0 | 97 579 |
| Autres | 28 212 | 0 | 0 | 28 212 |
| Total | 3 696 008 | 5 948 670 | 256 470 | 9 901 148 |

Les dépenses

En 2003 les financements consacrés à la recherche se partagent en frais de fonctionnement (60 % des dépenses) et frais de personnel (37 % des dépenses), la part des investissements restant très modeste (Tableau 8).

Les dépenses de personnel sont consacrées à du personnel non médical pour 80% de leur montant (Tableau 9). Ces chiffres s'expliquent aisément en considérant que le personnel hospitalier comptant un grand nombre d'hospitalo-universitaires ayant une mission de recherche, comprend peu de personnel non médical titulaire dédié à la recherche. Ainsi, il est plus fréquent d'avoir recours à du personnel « d'appoint » pour ces catégories.

Tableau 9 : Dépenses de personnel des Hospices civils de Lyon (HCL) dans le cadre de la recherche selon le financement en 2003

| | Personnel médical | | Personnel non médical | | | | | | Total | | |
|------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|------------------|--------------|-------------------|
| | ETP | Coûts | ETP | | | | | | Coûts | ETP | Coûts |
| | | | IDE | Tech labo | Sec | Att sc | Divers | Total | | | |
| PHRC | | | | | | | | | | | |
| 1997 | 0,02 | 862 | 0 | 0,08 | 0,6 | 0,4 | 0,84 | 1,92 | 41 029 | 1,94 | 41 891,00 |
| 1998 | 1,02 | 44 726 | 0,15 | 0 | 0,79 | 1,2 | 1,5 | 3,64 | 168 779 | 4,66 | 213 505,00 |
| 2000 | 0,42 | 16 520 | 0 | 0,25 | 0,16 | 1,37 | 0,87 | 2,65 | 140 380 | 3,07 | 156 900,00 |
| 2001 | 2,23 | 122 039 | 1,57 | 1 | 0,25 | 3,68 | 2,5 | 9 | 484 010 | 11,23 | 60 6049,00 |
| 2002 | 0,78 | 55 432 | 0,5 | 0 | 0,1 | 2,51 | 0 | 3,11 | 147 687 | 3,89 | 203 119,00 |
| Sous-total | 4,47 | 239 579 | 2,22 | 1,33 | 1,9 | 9,16 | 5,71 | 20,32 | 981 885 | 24,79 | 1 221 464 |
| Appel d'offre recherche HCL | | | | | | | | | | | |
| 2001 | 0,21 | 8 622 | 0 | 0,5 | 0 | 0,03 | 0 | 0,53 | 15 543 | 0,74 | 24 165,00 |
| 2002 | 0,70 | 23 737 | 0 | 1,25 | 0 | 0,25 | 0,25 | 1,75 | 53 630 | 2,45 | 77 367,00 |
| 2003 | 0,07 | 3 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,32 | 0,32 | 12 726 | 0,39 | 15 826,00 |
| Sous-total | 0,98 | 35 459 | 0 | 1,75 | 0 | 0,28 | 0,57 | 2,6 | 81 899 | 3,58 | 117 358 |
| Appel d'offre HCL/CNRS 2002 | 0,70 | 43 656 | 0 | 0 | 0 | 0,3 | 0 | 0,3 | 3 900 | 1,00 | 47 556,00 |
| Appel d'offre HCL UCBL 2001 | 0,09 | 3 656 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,09 | 3 656,00 |
| Appel d'offre STIC | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 0,00 | 0 | 0,5 | 0 | 0 | 0,91 | 0 | 1,41 | 40 757 | 1,41 | 40 757,00 |
| 2001 | 0,00 | 0 | 0 | 0,2 | 0 | 0,91 | 0 | 1,11 | 54 901 | 1,11 | 54 901,00 |
| 2002 | 0,00 | 9 374 | 0,05 | 0 | 0 | 0 | 0,08 | 0,13 | 2 030 | 0,13 | 11 404,00 |
| Sous-total | 0,00 | 9 374 | 0,55 | 0,2 | 0 | 1,82 | 0,08 | 2,65 | 97 688 | 2,65 | 107 062 |
| Autres | | | | | | | | | | | |
| CIC | 0,88 | 61 976 | 4,8 | 0 | 1,5 | 0,1 | 0 | 6,4 | 282 020 | 7,28 | 343996,00 |
| Neurobiothèque | 0,22 | 9 284 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,22 | 9284,00 |
| Collabo Inserm | 0,88 | 26 670 | 0 | 0 | 0 | 0,5 | 0 | 0,5 | 23 330 | 1,38 | 50000,00 |
| Biostatistiques | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 267 749 | 5,00 | 267749,00 |
| Contrats | 6,92 | 307 148 | 8,84 | 3,59 | 0,25 | 16,6 | 1,58 | 30,86 | 1 212 104 | 37,78 | 1519252,00 |
| Total | 15,14 | 736 802 | 16,41 | 6,87 | 3,65 | 28,76 | 12,94 | 68,63 | 2 950 575 | 83,77 | 3 687 377 |

III.1.2 La problématique de la valorisation de la recherche

La valorisation de la recherche est un point crucial, puisque cette dernière peut potentiellement générer des bénéfices élevés, notamment dans le domaine de la santé. La question initiale est de savoir si chaque institution retrouve globalement les fruits de son investissement en matière de recherche.

Les bénéfices de la recherche devraient théoriquement revenir aux « investisseurs » de départ, mais il est difficile de déterminer précisément ces flux économiques, en particulier parce que les bénéfices éventuels de la recherche sont très aléatoires et se réalisent à des horizons variables.

Cependant, plusieurs remarques peuvent être formulées sur le sujet. D'une part, et d'une manière générale, la recherche médicale est peu sujette à produire des nouveautés « brevetables ». D'autre part, la culture d'exploitation commerciale du brevet et de la valorisation est encore assez peu développée et ne passe, le plus souvent, pas par les voies institutionnelles classiques. Ceci est vrai aussi bien pour l'hôpital que pour l'université.

Consciente de cette situation, l'UCBL s'est dotée d'une filiale privée, nommée Ezus Lyon 1, spécialement dédiée à la valorisation de la recherche. Elle peut aussi servir d'intermédiaire aux équipes de recherche qui désirent trouver des financements. Bien que l'hôpital ne joue aucun rôle dans la gestion d'Ezus, certaines équipes hospitalières ont recours à ses services. Ceci est susceptible de créer un flux économique indirect entre l'hôpital et l'université, puisque Ezus reverse à l'UCBL 1 % du montant des contrats qu'il gère et 55% des produits financiers de l'exercice.

III.2 Objectifs et méthodes

III.2.1 Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'identifier et de quantifier dans la mesure du possible les transferts économiques relatifs à la recherche qui ont lieu entre l'Université et l'Hôpital dans le cadre du CHU de Lyon. Nous n'allons donc nous intéresser qu'à une partie de l'activité de recherche du CHU de Lyon, celle qui met en jeu un partenariat entre les deux institutions. Il est bien évident que cette approche laisse dans l'ombre une bonne part de la recherche médicale, faite par les HCL indépendamment de l'UCBL et réciproquement.

Pour étudier ces échanges, il convient, dans un premier temps, de formaliser les différents types d'échanges susceptibles d'avoir lieu dans le cadre de la recherche, puis dans un second temps, d'essayer d'en prendre la mesure à partir des données disponibles.

III.2.2 Méthode

Grâce aux entretiens réalisés avec nos interlocuteurs, il a été possible de définir a priori quatre types d'échange possibles relatifs à l'activité de recherche entre l'université et l'hôpital :

- Les échanges « historiques »
- Les montages financiers
- Les prestations de service
- Les partenariats durables

Définition d'une typologie des échanges

Echanges « historiques » : *Il s'agit de l'affectation de personnels d'une structure à l'autre, de façon informelle, sans accord ni convention écrits, dans le cadre de la recherche. Ces échanges sont très souvent le fruit d'une situation ancienne qui perdure.*

Héritages de situations anciennes, pérennisées de façon tacite, ces échanges concernent le plus souvent du personnel. Les secrétaires universitaires affectées à un chef de service hospitalier en sont l'exemple-type. L'importance de ces flux, même si elle semble décroître sous l'action d'une politique volontariste de la plupart des UFR médicales lyonnaises, n'en reste pas moins disparate et difficile à évaluer, et semblent concerner davantage des travaux de secrétariat pour l'enseignement.

Montages financiers : *Il s'agit dans ce cas de la participation financière des deux institutions à un projet commun en rapport avec la recherche.*

Ces échanges concernent souvent des projets lourds et financièrement coûteux. Les projets concernés impliquent souvent des partenaires extérieurs à la relation université / hôpital, comme les EPST, voire les collectivités locales, l'Etat, la région...

Prestations de services : *Les prestations de services concernent un échange économique entre les deux structures dans le cadre de la recherche, où l'une des deux structures ne joue qu'un rôle de prestataire de service pour l'autre qui dirige la recherche.*

Dans le cadre de certains projets de recherche, l'université (resp. l'hôpital) ne possède pas toutes les compétences ou l'infrastructure techniques nécessaires pour réaliser ce projet, alors que l'hôpital (resp. l'université) les possède. Dans ce cas, la structure qui possède ces compétences va offrir ses services à l'autre structure. Ce flux de service peut faire l'objet d'une rémunération ou non, créant ainsi un flux financier. On retrouve ces situations lorsque certaines compétences en imagerie, ou en biologie moléculaire, par exemple, sont nécessaires. Dans le cas de la prestation de service pure, seule une des deux structures, mène et finance la recherche, alors que l'autre met en oeuvre ses compétences techniques et généralement cherche à rentrer dans ses frais.

Partenariat permanent et durable : *L'échange économique se traduit par une association entre une unité d'accueil universitaire et un ou plusieurs services hospitaliers, éventuellement un ou des EPST dans le cadre d'un partenariat durable sur le long terme.*

Le statut particulier du site hospitalo-universitaire ainsi que la participation de personnels hospitalo-universitaire à la recherche conduisent les équipes hospitalières et universitaires à travailler souvent en partenariat. Ce partenariat peut s'inscrire dans une logique contractuelle, conventionnelle ou n'être qu'informel.

Dans le récent rapport de l'IGAS, il est proposé d'opposer une recherche de site « *hospitalo-universitaire* » à une recherche « *transversale* » hors site dans la contractualisation des équipes de recherche. La notion de « recherche de site » correspond bien à ce que nous proposons d'appeler « partenariat », puisqu'elle prend en compte la proximité des équipes universitaires et hospitalières, ainsi que la participation à cette recherche des EPST, tels l'Inserm, le CNRS ou encore l'Inria.

Dans le même ordre d'idée, le Pr. Salles, président de la commission scientifique de la recherche aux hospices civils de Lyon (HCL), fait la distinction entre trois types d'équipes de recherche. Le premier type est caractérisé, d'une part, par une contribution permanente et structurante à la recherche et d'autre part par le partenariat important entre équipes universitaires et services hospitaliers. Ce type de service correspond bien aux flux économiques de partenariat de notre typologie.

Quel que soit le niveau de formalisation des rapports entre l'équipe universitaire et les services hospitaliers, le partenariat engage un certain nombre de ressources dont l'origine et la destination doivent être déterminées. Ces ressources sont de différents types :

- Personnel
- Locaux
- Financement
- Infrastructure technique
- Savoir

Quantification des échanges

Pour essayer de mesurer l'ampleur des échanges liés à l'activité de recherche, deux types de fiches, présentées en Annexe 4, ont été élaborées sur la base d'un partenariat avec nos correspondants locaux :

- Une fiche "équipe de recherche" visant à mesurer l'apport en ressources (humaines, matérielles, financières) respectif de l'université et de l'hôpital et à illustrer les partenariats permanents et durables entre les HCL et l'UCBL en matière de recherche.
- Une fiche "plate-forme de recherche" visant à préciser les relations entre les deux institutions pour le montage financier de projet commun de plateau technique, nécessitant souvent des investissements lourds, et les prestations de services qui peuvent en découler. Dans la mesure où ces plates-formes de recherche constituent l'une des modalités principales donnant lieu tout à la fois à un montage financier et à des prestations de service, nous étudierons ces deux types d'échange simultanément.

Ces fiches, transmises à la Présidence de l'UCBL, en vue de la collecte d'informations, ont permis de préciser l'ampleur et les modalités de certains échanges liés à la recherche.

III.3 Les transferts économiques identifiés

III.3.1 Prestations de services

Sur le site de Lyon, des prestations de services peuvent avoir lieu dans trois cadres différents :

- Les plates-formes techniques peuvent être mobilisées pour effectuer différentes prestations, selon des modalités qui restent à préciser. La mise sur pied et le développement de ces plates-formes donnent également lieu à des montages financiers qu'on peut caractériser dans le même temps dans la mesure où les deux types d'échange peuvent être liés.
- La valorisation de la recherche peut avoir lieu en recourant aux services de la filiale Ezus mise sur pied par l'UCBL.
- D'autres prestations de services existent également par la mise à disposition de certaines ressources (informatiques par exemple) d'une des deux institutions au profit de l'autre.

Les plates-formes techniques

La collecte d'informations effectuée à partir des fiches spécifiques, transmises à l'UCBL et aux HCL, permet de mieux connaître le paysage que constituent ces plates-formes, même si nous ne pouvons prétendre à l'exhaustivité. Les informations collectées cherchaient à déterminer d'une part la structure de propriété de ces plates-formes, d'autre part le montant et la répartition du budget d'investissement pluri-annuel en cours en 2004, enfin les modalités de l'activité de prestations de services effectuée par chaque plateau technique.

Sur le site lyonnais, nous avons ainsi pu identifier 15 plates-formes techniques, dont les caractéristiques premières sont d'être toutes rattachées à l'un des trois Instituts Fédératifs de Recherche (IFR) existants¹. L'une de ces plates-formes, le CERMEP, rattaché à l'IFR 19, sera traitée séparément du fait de ses caractéristiques spécifiques. En ce qui concerne les 14 plates-formes techniques "standard", on peut relever un certain nombre de caractéristiques de base :

¹ Les Instituts Fédératifs de Recherche sont des « dispositifs contractuels de collaboration », autour d' « un site géographique unique, sauf exception », préfigurant des campus hospitalo-universitaires. Les IFR ont pour but, en mutualisant les ressources financières, humaines et techniques des partenaires, de soutenir des projets fédératifs, des plates-formes ou des services communs. Les IFR sont des outils favorisant le développement de l'interdisciplinarité, la visibilité des actions pour les rendre compétitives sur le plan international et européen. Ils ont aussi pour objet de constituer des outils d'optimisation de la dépense publique par la mutualisation des moyens financiers, humains et techniques. Le label « IFR » est un « plus » car ils sont contractualisés par le ministère de la recherche. Ce label est un levier important pour obtenir des postes d'ingénieurs ou développer des plateaux techniques.

Sur le plan national, les CHU sont signataires d'une soixantaine IFR sur les 95 IFR reconnus au 1er janvier 2003. A Lyon, il existe trois IFR en santé (un quatrième est en projet concernant les "cardiosciences") :

– L'IFR 19, ou IFR de Neurosciences de Lyon (IFNL)

– L'IFR 128 ou IFR "Biosciences Lyon Gerland"

– L'IFR 62 "Laennec" consacré à la physiopathologie, dont les HCL ne sont pas partenaires, et qui ne relève donc pas, selon le rapport de l'IGAS-IGAENR d'une logique de site hospitalo-universitaire (p. 30).

Ainsi, le rattachement aux IFR se répartit de la façon suivante :

- 3 plates-formes sont rattachées à l'IFR 19
- 5 plates-formes sont rattachées à l'IFR 62
- 6 plates-formes sont rattachées à l'IFR 128

Si l'on s'intéresse à la structure de propriété de ces plates-formes entre trois types d'institutions retenues (UCBL, HCL, autres institutions), on note la répartition suivante :

- 6 plateaux techniques appartiennent exclusivement à des institutions "autres" (Inserm, CNRS, ...), un septième pouvant être rattaché à ce groupe du fait que les institutions "autres" en sont propriétaires à 95%, l'UCBL étant propriétaire à 5%,
- 4 plates-formes sont la propriété exclusive de l'UCBL,
- 2 plates-formes présentent une structure de propriété mixte (UCBL+autres ou UCBL+HCL+autres) selon des proportions non spécifiées, chacune des institutions ayant fourni certains des matériels constitutifs de la plate-forme,
- aucune structure de propriété n'a été spécifiée pour une plate-forme.

Les investissements en cours en 2004 donnant lieu à un budget pluri-annuel présentent les caractéristiques suivantes :

- 12 des 14 plates-formes avaient un tel budget d'investissement en cours en 2004,
- pour 5 d'entre elles, il s'agissait d'un investissement initial, pour 9 d'entre elles d'un investissement complémentaire (ayant donc cette double nature pour 2 d'entre elles)

Le montant total de ces investissements en cours en 2004 correspond, pour les 12 plates-formes concernées, à une valeur pluri-annuelle cumulée de 1 870 591 € en provenance de différentes sources de financement :

- Un financement de l'UCBL pour 4 plates-formes, représentant un montant total de 640 000 €
- Un financement des administrations publiques centrales de l'Etat (y compris EPST) pour 7 plates-formes, correspondant à une valeur totale de 792 600 €
- Un financement des collectivités locales pour 1 plate-forme, à hauteur de 150 000 €
- Un financement par des contributeurs "autres" pour 5 plates-formes, correspondant à une valeur totale de 287 991 €

- Aucun financement des HCL

En ce qui concerne les possibilités d'utilisation de ces plateaux techniques, on note les points suivants :

- 12 des 14 plates-formes sont opérationnelles, les 2 autres ne le sont pas encore
- 3 des 14 plates-formes déclarent ne pas avoir de convention encadrant leur utilisation (alors que 2 des 3 sont déjà opérationnelles)
- toutes les plates-formes sont utilisables par l'université et 13 d'entre elles le sont aussi par les HCL à des fins de recherche¹ (3 de ces plates-formes sont également utilisables par les HCL pour les soins)

Pour ce qui est des contreparties des prestations de services effectuées, on retiendra que :

- aucune plate-forme ne peut être utilisée gratuitement,
- cette utilisation n'entraîne jamais le versement d'un loyer ou d'une contrepartie non financière
- la modalité quasi-exclusive de paiement des prestations consiste en l'application d'un tarif selon la prestation effectuée, auquel 11 des 14 plates-formes déclarent avoir recours (les 3 autres ne donnant pas de précision sur ce point). Si l'une de ces plates-formes combine ce tarif à une indemnité forfaitaire (de 500 € par service utilisateur), ce système des forfaits n'est jamais utilisé seul. Parmi les 11 plates-formes utilisant un tarif des prestations, 8 précisent que la tarification est également différenciée selon l'utilisateur (IFR/secteur public/secteur privé)².
- Peu de plates-formes précisent le montant total versé au titre de ces contreparties financières par l'UCBL et les HCL en tant qu'utilisateurs. Une seule plate-forme précise qu'une somme de 2625 € a ainsi été payée par les HCL en 2004, tandis que 4 plates-formes fournissent des indications correspondant à un versement moyen par l'UCBL de 17 945 €

A travers ces caractéristiques générales, il semble qu'on peut dégager deux traits essentiels de ces plates-formes :

¹ Il semble que la non-utilisation de la 14^{ème} plate-forme par les HCL tient surtout à son objet, puisqu'elle s'intéresse à l'histopathologie du petit animal de laboratoire.

² Pour les 6 plates-formes de l'IFR 128, les principes du calcul du prix des prestations sont explicités. Le coût de chaque prestation est déterminé par 5 composantes : contrat d'entretien, fonctionnement, amortissement (sur 7 ans), salaires, frais d'infrastructure. Le tarif pratiqué correspond à un plus ou moins grand nombre de ces postes de coût en fonction de la personnalité de l'utilisateur. Ainsi pour les membres de l'IFR, le prix correspond aux deux premiers postes; pour les académiques non membres de l'IFR, le prix englobe les trois premiers postes de coût (voire le 4^{ème} si la prestation est assistée); pour le privé, le prix correspond au coût complet.

- S'agissant des prestations de service, il apparaît clairement que toutes les plates-formes sont ouvertes à l'ensemble des utilisateurs potentiels, quelle que soit leur personnalité juridique. En effet, leur utilisation n'est jamais gratuite et fait l'objet d'une facturation selon un prix modulé en fonction de la prestation mais aussi la plupart du temps en fonction de la personnalité de l'utilisateur (membre de l'IFR/secteur public/secteur privé)
- Pour ce qui est des montages financiers, il semble exister une certaine logique dans le financement des investissements, dont la structure est très largement dépendante de la structure de la propriété des plates-formes. En effet, on remarque les points suivants :
- Les 7 plates-formes qui sont la propriété d'institutions "autres" que l'UCBL ou les HCL, c'est-à-dire des EPST, avaient toutes un projet d'investissement en cours en 2004, financé par des administrations publiques centrales et/ou des investisseurs "autres" (non précisés). Pour l'une d'entre elles, il faut néanmoins noter un financement lourd de l'UCBL (240 000 € sur 4 ans pour un budget global d'investissement de 525 000 €).
- Parmi les 4 plates-formes dont l'UCBL est propriétaire exclusif, on note un cofinancement lourd de l'UCBL et de l'Etat pour les 2 plates-formes en investissement initial (autour de 200 000 € pour chaque financeur en moyenne), et un financement exclusif de l'UCBL ou de l'Etat à hauteur de 40 000 € en moyenne pour les 2 plates-formes en investissement complémentaire.
- Pour la seule plate-forme dont la propriété est partagée entre l'université, l'hôpital et des EPST, l'investissement initial en cours en 2004 (plus de 242 000 €) est financé exclusivement par l'IFR de rattachement.

Ainsi, au-delà de la diversité des caractéristiques des plateaux techniques, liée à leur objet, à la dynamique de leur constitution ou leur taille, on constate qu'il existe bien un modèle de référence, au moins en ce qui concerne la prestation de services. Quant aux montages financiers, s'ils peuvent apparaître toujours singuliers, on constate néanmoins une tendance marquée à mobiliser des fonds en provenance soit d'organismes publics centraux soit des propriétaires de la plate-forme.

Le CERMEP

Le CERMEP-Imagerie du vivant (Centre d'Etude et de Recherche Multimodal et Pluridisciplinaire) constitue une plate-forme technique particulière. Créé en 1988 sous la forme d'un GIE, le CERMEP allie depuis plusieurs années différents partenaires dont les droits sont répartis en fonction de l'importance de la participation de chacun sous forme d'apports financiers, de mise à disposition du personnel, d'apport en savoir-faire ou de contribution aux dépenses d'équipement (Inserm 25%, CNRS 25%, HCL 25%, UCBL 14%, l'Université Joseph Fourier-Grenoble 1 1%, le CHRU de Grenoble 5%, et le CHRU de Saint-Etienne 5%)¹. Ces partenaires sont convenus de réunir dans une même structure un plateau technique disposant de plusieurs modes d'imagerie fonctionnelle (TEP, IRM, MEG) qui peuvent être utilisés essentiellement pour la recherche.

Cette plate-forme technique présente certaines caractéristiques des autres plates-formes, à savoir l'existence d'une convention encadrant son utilisation pour la recherche et les soins dans une moindre mesure, ouverte non seulement aux HCL, à l'UCBL et aux autres membres, mais aussi à des organismes ou sociétés, publics ou privés. Cette utilisation ne peut être gratuite, et fait l'objet d'une tarification en fonction de l'examen effectué. Il semble néanmoins que la tarification pratiquée ne correspond pas au coût réel des examens et est davantage fonction de la capacité très limitée pour un laboratoire de recherche de les payer, d'où la nécessité d'une contribution des membres du GIE pour équilibrer les comptes entre besoin de financement et recettes issues du paiement des examens. Au-delà de cette particularité, certaines autres caractéristiques qui distinguent le CERMEP des autres plates-formes doivent être relevées. Ainsi, l'UCBL et les HCL versent, comme les autres membres, une subvention annuelle et mettent à disposition différents types de personnel, représentant des montants très importants. Et surtout, le budget d'investissement du GIE est sans commune mesure avec celui des autres plates-formes puisqu'il s'établit pour la seule année 2004 à plus de 5,1 millions d'euros, répartis entre les différents partenaires du GIE.

EZUS et la valorisation de la recherche

Afin de valoriser la recherche menée dans ses laboratoires, l'UCBL a créé le 22 mai 1990 une filiale sous forme d'une Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance, EZUS LYON 1. Il s'agit d'un exemple formel de prestations de services dans une optique de mise en valeur de la recherche.

La convention cadre UCBL-EZUS

Les missions d'EZUS ont été clairement définies dans la convention liant l'université à sa filiale privée. Ainsi, EZUS doit développer la recherche partenariale en promouvant les résultats des unités de recherche auprès des industriels, cette valorisation s'effectuant pour le compte de l'UCBL. La convention précise que les actions peuvent être menées sous différentes formes :

- Recherche-développement

¹ Selon les termes des statuts adoptés le 8 juillet 2004.

- Prestations technologiques
- Prestations de services
- Prestations intellectuelles
- Transfert de savoir-faire
- Transfert de technologie

EZUS se voit par ailleurs confier des missions spécifiques, que ce soit dans la recherche de financement (elle assure l'ingénierie du FITT, Fonds d'Incitation au Transfert de Technologie), l'accompagnement des unités de recherche (intégration à l'espace européen de la recherche) ou encore la sensibilisation à la Démarche Qualité.

Pour parvenir à ces objectifs, EZUS a la charge de la gestion des activités industrielles et commerciales de l'UCBL. Sur le plan de la rémunération, la filiale opère un prélèvement de 10% du montant total hors taxes de l'ensemble des prestations facturées sur chaque opération qu'elle réalise. En contrepartie, EZUS verse à l'UCBL une somme correspondant à 1% de son chiffre d'affaires sur les opérations facturées et à 55% des produits financiers à la fin de chaque exercice social.

Activité

EZUS consacre l'essentiel de son activité à son partenariat avec l'UCBL (plus de 95%). On peut toutefois noter que d'autres collaborations existent, par exemple avec le CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers). En revanche, aucune relation avec les HCL (Hôpitaux Civils de Lyon) n'est formalisée. Devant l'importance des contrats de recherche clinique qui représentent près de la moitié de l'ensemble des contrats de recherche, on peut s'interroger sur le sens de cette lacune contractuelle¹. Et ceci d'autant plus que, si l'on raisonne sur le chiffre d'affaires, les contrats de recherche représentent 90% de l'activité d'EZUS, suivis des prestations technologiques à hauteur de 8% (Tableau 10). Avant d'approfondir cette question, on peut constater que l'activité effective de EZUS diffère quelque peu de celle prévue par la convention puisque certains types d'action ne sont pas du tout réalisés (recherche développement, transfert de savoir-faire par exemple) ou très peu développés (prestations technologiques, intellectuelles ou de service). Au total néanmoins, le chiffre d'affaires s'élève à 24 millions d'euros pour l'exercice 2003 et plus de 12,5 millions d'euros pour les 5 premiers mois de l'année 2004. Pour ce qui concerne les contractants, il s'agit essentiellement d'industriels (78%) mais aussi d'organismes publics (21%).

¹ EZUS entretient cependant des relations avec les HCL, via la Délégation à la recherche des HCL.

Tableau 10 : Activité d'EZUS/UCBL du 01/01/04 au 31/05/04

| Catégories | Nombre | % | Montant (en €) | % |
|------------------------------------|---------------|----------|-----------------------|----------|
| Prestations technologiques | 691 | 50,8 | 1 053 263 | 8,4 |
| Contrats de recherche | 485 | 35,6 | 11 161 827 | 89,2 |
| Prestations intellectuelles | 113 | 8,3 | 124 710 | 1 |
| Prestations de service | 57 | 4,2 | 124 788 | 1 |
| Autres | 15 | 1,1 | 44 576 | 0,4 |
| Total | 1361 | 100 | 12 509 164 | 100 |

Au niveau qualitatif, on remarquera que l'activité de EZUS se développe dans les différents domaines de compétence de l'UCBL mais le secteur santé (médecine-odontologie-pharmacie) domine avec 52% des opérations pour un montant d'environ 40% du chiffre d'affaires (Tableau 11).

Tableau 11 : Secteurs d'activité scientifique du 01/01/04 au 31/05/04

| Secteur | Nombre | % | Montant (en €) | % |
|----------------------------------|---------------|----------|-----------------------|----------|
| Informatique | 25 | 2 | 728 786 | 6 |
| Physique | 76 | 6 | 1 404 055 | 11 |
| Sciences pour l'ingénieur | 55 | 4 | 608 447 | 5 |
| Géologie | 165 | 12 | 144 875 | 1 |
| Chimie | 122 | 9 | 1 637 949 | 13 |
| Biologie | 175 | 13 | 2 243 133 | 18 |
| Médecine | 592 | 43 | 4 754 180 | 38 |
| Odontologie | 9 | 1 | 66 968 | 1 |
| Pharmacie | 111 | 8 | 297 001 | 2 |
| Autres | 31 | 2 | 626 770 | 5 |
| Total | 1361 | 100 | 12 509 164 | 100 |

Sur le plan humain, ce sont 150 à 200 salariés externes qui travaillent dans les laboratoires sur des projets de recherche. Ils sont enseignants, chercheurs, doctorants, techniciens ou secrétaires payés par EZUS.

Relations avec les HCL

Comme on vient de le voir, plus de la moitié des contrats de recherche gérés par EZUS sont des contrats de recherche clinique. Par le biais du statut « hospitalo-universitaire » des chercheurs, EZUS est aussi un instrument au service de la recherche clinique. Mais, et cela constitue sans doute un paradoxe, les liens de EZUS avec les cliniciens ne se sont pas traduits par une implication formelle des institutions hospitalières. EZUS n'a, en effet, aucun lien juridique avec les HCL, et aucune convention-cadre n'a été conclue avec les deux parties.

Toutefois, à la faveur des discussions d'ores et déjà engagées sur le renouvellement de la convention de constitution des CHU, l'intégration officielle des HCL dans le champ

d'intervention de EZUS est envisagée. Un des problèmes difficiles à résoudre tient aux modalités de financement de EZUS et des retours financiers dont bénéficieraient les HCL. Par exemple, est-ce que les HCL pourraient également bénéficier du 1% prélevé sur le montant des contrats de recherche, modalité dont bénéficie l'UCBL ? La réponse n'est pas aisée en raison de la double appartenance des chercheurs hospitalo-universitaires. On peut penser que l'activité recherche dépend de leur statut universitaire.

On peut illustrer ce problème par la gestion des contrats de recherche clinique et des brevets. En effet, EZUS gère beaucoup de contrats de recherche portés par des PU-PH et qui concernent la recherche clinique. Pour autant, aucun pourcentage du montant de ces contrats n'est reversé aux HCL. Ces contrats de recherche clinique sont, pour la plupart, des prestations de service (il n'y aurait véritablement recherche que lorsque le médecin rédige complètement le protocole). Aussi, il est assez rare qu'EZUS soit promoteur de ce type de contrat. Dans cette hypothèse, une convention de surcoût est conclue avec l'instigateur qui vise à préciser les financements de plateaux techniques et de personnels. Ces contrats peuvent donc générer des flux financiers en faveur des HCL, l'utilisation des plateaux techniques donnant lieu à rémunération au profit des HCL. Dans ce cadre, il est à noter qu'EZUS n'achète jamais de matériel dont les HCL pourraient bénéficier. Les HCL refusent les matériels qui ne leur appartiennent pas.

Enfin, il est à noter que la Délégation à la recherche des HCL et EZUS sont également en étroite collaboration pour la négociation des brevets lorsqu'il y a une copropriété entre les HCL et l'université.

Prestations de service annexes

En dehors des prestations de service s'appuyant sur un dispositif lourd techniquement et financièrement, il existe d'autres activités de ce type que sont de moindre dimension. Le cas de la documentation électronique en est une illustration.

En 2003, l'UCBL et les HCL ont signé une convention mettant en place un partenariat entre les deux institutions pour l'accès et l'utilisation de la documentation électronique de l'UCBL. L'objectif de cette collaboration est de permettre aux praticiens hospitaliers universitaires et non universitaires d'utiliser les ressources électroniques de l'UCBL depuis leurs postes hospitaliers. Sur le plan technique, les connexions se font suivant les procédures définies conjointement par le Centre de Ressources Informatiques de l'UCBL et la Direction de l'Informatique des HCL.

Cette prestation de service donne lieu au paiement d'une contrepartie financière. Dans le cas présent, les HCL établissent un bon de commande auprès du SCD (Service Commun de la Documentation) de l'UCBL et la facturation s'effectue soit directement auprès de l'éditeur, soit via le SCD (refacturation de la prestation due par les HCL). Selon une étude *ad hoc* faite par ce service, les HCL bénéficient de la sorte de prestations effectuées par le personnel spécialisé de la documentation : 2 conservateurs et 2 bibliothécaires adjoints spécialisés qui consacraient au total 200 heures par an à l'administration de la documentation des HCL (renseignements téléphoniques, mails, aide technique, interventions ponctuelles). Par ailleurs,

le SCD a évalué les avantages financiers pour les HCL liés aux contrats communs d'abonnements à la documentation électronique. En effet, les abonnements conjoints permettent de réduire significativement leur prix unitaire.

Tableau 12. Avantages financiers liés aux abonnements conjoints (en €).

| Editeurs | négociation UCBL + HCL | participation HCL | si négociation directe | bénéfice HCL |
|-----------------------------|------------------------|-------------------|------------------------|--------------|
| <i>Elsevier périodiques</i> | 41721 | 10576 | 25105 | 14529 |
| <i>Embase.com (Bdd)</i> | 14277 | 4966 | 6128 | 1162 |
| Blackwell | 11307 | 4405 | 6902 | 2497 |
| NPG Nature | 29200 | 4573 | 27100 | 22527 |
| Springer | 5550 | 1144 | 3650 | 2506 |
| Wiley | 12962 | 2909 | 5000 | 2091 |
| Lippincott | 28292 | 16417 | 28292 | 11875 |
| TOTAL | 143309 | 44990 | 102177 | 57187 |

L'économie ainsi réalisée par les HCL serait de 57 187 €(Tableau 12). Il est à noter toutefois que les HCL ne sont pas seuls à tirer bénéfice de ce partenariat qui avantage également l'université.

III.3.2 Partenariats durables

Les partenariats durables ont été identifiés à partir des équipes de recherche existantes, en essayant de préciser les modalités de partenariat et d'échange entre l'université et l'hôpital à travers ces entités grâce aux fiches spécifiques élaborées et diffusées auprès de toutes les équipes lyonnaises identifiées par l'université. Le contenu de ces fiches nous fournit deux types de renseignements :

- d'une part, l'importance des ressources humaines, matérielles (locaux) et financières apportées par chacune des deux institutions, ou des institutions tierces
- d'autre part, l'ampleur et la nature des relations effectives entre chacune de ces équipes de recherche et un ou des services hospitaliers.

Au total, 37 équipes de recherche ont été identifiées qui ont fourni des renseignements permettant de documenter les points ci-dessus. En ce qui concerne la taille des équipes en personnel, il apparaît qu'elles sont composées en moyenne d'un peu plus de 29 personnes, mais avec une forte disparité puisque la plus petite équipe comprend 6 personnes quand la plus grande en compte 131 (Tableau 13). S'agissant de la composition de ces équipes, on note qu'elles comprennent en moyenne à peu près autant d'hospitalo-universitaires que d'universitaires (5 de chaque) quoique le type de postes concernés soit différent. En effet, si le personnel hospitalo-universitaire est par définition composé exclusivement d'enseignants-

chercheurs, le personnel universitaire comprend en moyenne 3 enseignants-chercheurs et 2 IATOSS. A ceux-ci s'ajoutent, d'une part, du personnel appartenant à d'autres institutions de type EPST (3,6 personnes en moyenne) et, d'autre part, du personnel hospitalier (1,5 PH en moyenne et 0,2 personnel paramédical). Enfin, ces équipes de recherche accueillent en moyenne 11 doctorants et un peu moins de 2 post-doctorants. Il convient de noter que ce profil moyen est le résultat d'une réalité très variable d'une équipe à l'autre puisque la valeur minimum de chacune des catégories de personnel envisagée est nulle alors que la valeur maximale est très élevée.

Tableau 13. Taille et composition en personnel des équipes de recherche

| | nombre de réponses | moyenne | écart-type | valeur min | valeur max | total |
|------------------------------------------|--------------------|-------------|-------------|------------|------------|--------------|
| Personnel hospitalo-universitaire | 37 | 5,4 | 4,9 | 0 | 27 | 198 |
| dont PU-PH | 37 | 3,2 | 2,8 | 0 | 14 | 120 |
| MCU-PH | 37 | 1,3 | 1,5 | 0 | 6 | 47 |
| CCA / AHU | 37 | 0,8 | 1,7 | 0 | 9 | 31 |
| Personnel hospitalier | 37 | 1,8 | 2,5 | 0 | 12 | 65 |
| dont PH | 36 | 1,5 | 2,3 | 0 | 11 | 55 |
| personnel paramédical | 36 | 0,2 | 0,6 | 0 | 2 | 7 |
| Personnel universitaire | 37 | 5,1 | 6,7 | 0 | 26 | 190 |
| dont PU | 37 | 1,1 | 1,9 | 0 | 7 | 41 |
| MCU | 37 | 1,8 | 3,2 | 0 | 13 | 66 |
| IATOSS | 37 | 2,2 | 2,2 | 0 | 8 | 83 |
| Doctorants + Post-Doctorants | 37 | 13,5 | 12,9 | 0 | 52 | 501 |
| dont doctorants | 37 | 11,2 | 11,0 | 0 | 45 | 416 |
| Post-doctorants | 37 | 1,9 | 3,1 | 0 | 15 | 69 |
| Personnel d'autres appartenances | 37 | 3,6 | 9,9 | 0 | 49 | 132 |
| Tous Personnels | 37 | 29,4 | 24,7 | 6 | 131 | 1 086 |

On retiendra que, au total, les effectifs des équipes de recherche comprennent à peu près autant d'hospitalo-universitaires que d'universitaires (entre 190 et 200) auxquels s'ajoutent un tiers d'hospitaliers (65), qui représentent 6% des effectifs totaux, et deux tiers de personnels des EPST autres (132). A ces 585 personnes en postes correspondent à peine moins de doctorants et post-doctorants (501).

Si l'on s'intéresse aux moyens matériels, à travers la surface des locaux mis à disposition des équipes de recherche par l'hôpital et l'université, le premier constat qui s'impose est celui de l'imprécision. En effet, si dans presque tous les cas il a été possible de connaître la surface de locaux mis à disposition par l'université (36 réponses), tel n'est pas le cas pour les surfaces appartenant aux autres structures ni pour la surface totale (précisée seulement pour 10 équipes), sans qu'il soit possible pour nous de savoir si les nombreuses non-réponses devaient être interprétées comme des valeurs nulles (absurde pour les surfaces totales) ou inconnues. Les résultats obtenus doivent donc être appréhendés avec une grande prudence. Ceci dit, il

apparaît que la surface¹ moyenne des locaux est de 1100 m² pour les équipes ayant répondu à cet item (Tableau 14). On peut penser qu'en général, ces surfaces appartiennent à 70% à l'université (781 m²) puisque cette question a été généralement documentée. Pour les équipes ayant aussi fourni des renseignements sur les surfaces appartenant à d'autres institutions, on note que l'hôpital fournit en moyenne 176m² (17 réponses), les autres EPST 337m² (5 réponses). D'une manière générale, on constate que la même variabilité que pour la taille des équipes existe en ce qui concerne les surfaces disponibles, variant de 0m² (pour une équipe) à 5 300 m².

Tableau 14. Surfaces des locaux de recherche selon leur propriétaire et loyers afférents

| | nombre de réponses | moyenne | écart-type | valeur min | valeur max | total |
|---------------------------|--------------------|---------|------------|------------|------------|--------|
| Surface universitaire | 36 | 781 | 1 250 | 0 | 5 629 | 28 103 |
| Surface hospitalière | 17 | 176 | 275 | 0 | 920 | 2 989 |
| Surface autre | 5 | 337 | 350 | 0 | 748 | 1 683 |
| Surface totale | 10 | 1 109 | 1 547 | 0 | 5 300 | 11 092 |
| Loyer payé à l'Université | 11 | 172 | 385 | 0 | 1 061 | 1 887 |
| Loyer payé à l'hôpital | 13 | 2 941 | 7 188 | 0 | 20 000 | 38 236 |

De façon complémentaire, la question a été posée de savoir si un loyer était payé par l'équipe de recherche à l'université et/ou à l'hôpital pour la mise à disposition des locaux. Outre le faible nombre de réponses obtenues, les réponses indiquant un loyer non nul sont exceptionnelles : seules 2 équipes de recherche paient un loyer à l'hôpital (entre 18 000 € et 20 000 € par an), et 2 autres équipes déclarent payer un loyer à l'université pour un montant très faible (entre 800 € et 1 000 € dont on peut se demander s'il s'agit de loyers mensuels).

Pour ce qui est des ressources financières, nous avons représenté schématiquement les différentes modalités de financement d'une équipe de recherche, hors salaires (Figure 4). L'enquête effectuée fournit des indications intéressantes dans la mesure où la plupart des équipes de recherche ont répondu, ce qui permet de penser que les résultats obtenus sont représentatifs (Tableau 15).

¹ Lorsqu'elle a été précisée, la surface est mesurée en m².

Tableau 15. Sources et montants des financements des équipes de recherche en 2004

| Valeurs en € | moyenne | structure | écart-type | valeur min | valeur max | total |
|----------------------------------|----------------|---------------|----------------|--------------|------------------|------------------|
| financement universitaire | | | | | | |
| Contrat quadriennal | 40 951 | 16,9% | 32 752 | 3 269 | 153 050 | 1 515 197 |
| Bonus qualité Recherche | 2 230 | 0,9% | 5 521 | 0 | 25 500 | 82 500 |
| financement hospitalier | | | | | | |
| PHRC | 6 034 | 2,5% | 21 902 | 0 | 97 000 | 223 250 |
| STIC | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Appels d'offre | 31 708 | 13,1% | 162 065 | 0 | 975 196 | 1 173 196 |
| autres financements | | | | | | |
| Convention Hurriet | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Contrats de recherche | 66 069 | 27,2% | 156 413 | 0 | 645 798 | 2 444 562 |
| Subventions | 95 535 | 39,4% | 202 891 | 0 | 1 030 000 | 3 534 778 |
| ensemble des financements | 242 527 | 100,0% | 448 136 | 3 329 | 2 251 931 | 8 973 483 |

Ainsi, le budget moyen pour l'année 2004 s'élève à un peu plus de 242 000 €, pour lequel le principal contributeur n'est ni l'université ni l'hôpital mais les financements autres qui en assurent exactement les deux tiers, à hauteur de 40% pour les subventions et de 27% pour les contrats de recherche. Ne viennent qu'ensuite le financement universitaire pour une part de 18% environ et le financement hospitalier pour 15,5%. Dans la mesure où les salaires des différents personnels ne sont pas intégrés dans ces estimations, il s'agit bien évidemment de budgets non consolidés, l'intégration des salaires modifiant considérablement les conclusions.

Par ailleurs, il faut ajouter, comme pour les ressources humaines et les locaux, que cette caractérisation moyenne masque des disparités très fortes d'une équipe à l'autre, le budget annuel pouvant varier entre 3 300 € et plus de 2,5 millions €

Lorsqu'on en vient à la nature et à l'ampleur des relations nouées par ces équipes de recherche avec des services hospitaliers, on constate tout d'abord qu'une majorité d'entre elles appartiennent à un IFR (19 équipes sur les 33 ayant répondu à cette question). Cependant, lorsqu'on compare les équipes faisant partie d'une telle structure aux équipes indépendantes, on ne décèle aucune différence majeure quant à leur capacité à développer un partenariat durable avec un ou plusieurs services hospitaliers (Tableau 16). Dans la grande majorité des cas, ces équipes sont en relation, durable ou de façon régulière, avec plusieurs services hospitaliers.

Tableau 16. Nature et ampleur des relations avec des services hospitaliers

| | nombre | partenariat durable avec des services hospitaliers | | | | collaboration régulière avec 1 service hospitalier | collaboration occasionnelle avec 1 service hospitalier | non réponse |
|----------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------|------------|------------|------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|
| | | 1 service | 2 services | 3 services | 4 services | | | |
| Equipe de recherche faisant partie d'un IFR | 19 | 6 | 5 | 2 | 0 | 3 | 1 | 4 |
| Equipe de recherche ne faisant pas partie d'un IFR | 14 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 1 | 1 |
| non précisé | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Ensemble | 37 | 10 | 7 | 5 | 4 | 9 | 1 | 6 |

Bien évidemment, il existe une certaine corrélation entre ces différentes caractéristiques des équipes de recherche. Ainsi, le plus gros centre est celui qui bénéficie tout à la fois de la plus grande surface de locaux, du plus grand nombre de personnel et du plus gros budget. De façon logique, c'est également la seule équipe de recherche qui développe un partenariat durable avec 4 services hospitaliers. Toute généralisation est cependant impossible puisque, *a contrario*, l'équipe la plus restreinte en personnel n'est pas celle qui déclare la plus petite surface ni le plus petit budget. Mais surtout, il est impossible de conclure plus précisément du fait d'un trop grand nombre de données manquantes, qui ne permettent pas de dresser un tableau plus précis de la situation des équipes de recherche.

Au total, il apparaît bien que les équipes de recherche mobilisent diverses ressources humaines, matérielles, ou financières de différentes provenances. L'université et l'hôpital interviennent à des degrés divers, la première fournissant en moyenne plus de ressources à ces équipes, qu'il s'agisse du personnel, des locaux ou des financements. Il faut cependant noter que ce ne sont pas les seules institutions participant à la recherche, dont une bonne partie des moyens provient d'autres sources, qu'il s'agisse des EPST ou de partenaires extérieurs.

III.3.3 Echanges historiques et projets en cours

En dehors des prestations de services, pouvant donner lieu en amont à des montages financiers lorsqu'il s'agit de développer des plates-formes techniques nécessaires à cette activité, et des partenariats durables qui existent à travers la constitution d'équipes de recherche associant des personnels relevant de l'une ou l'autre des deux institutions, il existe d'autres situations donnant lieu à des échanges entre les HCL et l'UCBL.

Les échanges historiques

D'après les entretiens réalisés dans le cadre de cette enquête, les échanges historiques concernent essentiellement le personnel. La catégorie de personnel la plus fréquemment citée est celle des personnels IATOSS, qui peuvent être affectés à un hospitalo-universitaire et travailler à l'hôpital, et ce, en dehors de tout cadre conventionnel. A l'inverse, il est possible de rencontrer la situation inverse (personnel administratif hospitalier « prêté » à l'université), même si elle semble plus rare.

Sur le site de Lyon, il existe une volonté politique forte de la part des autorités universitaires de réduire ces échanges et, à terme, de les supprimer. Ainsi, ce "détachement" de personnel IATOSS à l'hôpital auprès d'un hospitalo-universitaire a pu représenter jusqu'à 40% de cette catégorie de personnel il y a plusieurs années. Le redéploiement progressif de ces agents (10 en 2003 par exemple) a permis de ramener ce chiffre à 3 secrétaires universitaires détachées à l'hôpital en 2004, soit moins de 2% du personnel IATOSS : en outre ce personnel ne concerne quasiment pas la recherche.

Projets en cours

Chaque année, environ trois projets faisant l'objet d'un montage financier sont initiés ou en cours, en tenant compte du fait que ces projets s'étalent généralement sur 3 ou 4 ans. Les projets qui impliquent ce genre de collaboration sont coûteux et il s'agit souvent de la construction d'infrastructures importantes (exemple : la bibliothèque de la Croix-Rousse) ou de plateaux techniques tels ceux déjà étudiés plus hauts. S'ils sont souvent orientés vers la recherche, les montages financiers peuvent également être davantage orientés vers les soins.

A titre d'exemple, on peut mentionner le projet ETOILE (Espace de Traitement Oncologique par Ions Légers dans le cadre Européen) qui est une collaboration d'envergure associant l'UCBL à des médecins des HCL, du CHU de Grenoble, du Centre Léon Bérard mais aussi des chercheurs de nombreuses disciplines (physiciens, économistes, informaticiens etc.). Son objectif est la création d'un Centre d'Hadronthérapie par ions carbone. Il existe cinq projets pour ce type de structure en Europe et ETOILE sera le premier en France. Il s'agit d'un dispositif thérapeutique à visée anticancéreuse mettant en jeu des faisceaux d'ions carbonés. Ces derniers induisent des effets physiques et biologiques leur conférant des avantages significatifs face aux radiations conventionnelles (photons X ou gamma, faisceaux d'électrons). Aussi, ce type de traitement est indiqué dans le contrôle de tumeurs non opérables radio-résistantes. Le centre ETOILE prévoit de traiter à terme au moins 1000 malades par an.

Deux sites d'implantation sont envisagés, à proximité des HCL et de l'UFR Médecine Laennec de l'université, dans le pôle hospitalier Est de Lyon. Si la répartition du financement n'est pas encore arrêtée, le coût total de l'investissement dépassera les 100 millions d'euros. Le calendrier table sur un début de fonctionnement en 2007 et une utilisation « en routine » vers 2011.

III.4 Discussion

L'étude de l'organisation et des modalités de la recherche médicale au CHU de Lyon a permis de confirmer la complexité de la situation par la multiplicité des situations existantes. En l'occurrence, il semble que le poids de l'histoire, qui peut être à l'origine de certaines particularités, ne joue qu'un rôle marginal. La diversité des situations tient aussi, bien évidemment, au caractère complexe de la recherche médicale qui recouvre des situations et des activités très différentes par leur nature et leur échelle. On constate néanmoins une tendance, si ce n'est à la normalisation, du moins à une certaine convergence qui apparaît d'autant plus marquée que l'on considère des entités récentes. Ainsi les plates-formes présentent-elles un modèle de fonctionnement assez homogène.

L'effort de rationalisation qui est vraisemblablement derrière cette évolution permet de mieux cerner les échanges entre l'université et l'hôpital à l'occasion de la recherche. Néanmoins, il ne permet pas d'avoir une idée très précise du paysage ainsi constitué du fait de certaines données qui ne sont pas constituées et n'ont pas pu nous être fournies pour en prendre la mesure exacte. Une évidence apparaît néanmoins : la recherche médicale est bien hospitalo-universitaire. Non seulement elle mobilise le personnel ayant cette bi-appartenance, mais elle est, au-delà, une activité qui fait intervenir des ressources humaines, matérielles et financières issues de l'université, de l'hôpital, et d'autres institutions qui sont partie prenante (EPST, administrations publiques, partenaires extérieurs).

Nous avons essayé dans les développements qui précèdent de préciser, lorsque c'était possible, la nature et l'ampleur des moyens mobilisés par chaque institution. Il est néanmoins impossible d'en inférer une conclusion quant à l'existence de transferts économiques entre l'université et l'hôpital sans disposer d'une norme de jugement qu'il ne nous appartient pas de définir, et qui n'est pas clairement définie par ailleurs. Ainsi constate-t-on que les HCL participent à l'effort de recherche de différentes façons, notamment en abondant sur le budget de l'hôpital, par des subventions accordées à des projets de recherche. Ceci ne correspond à un transfert au bénéfice de l'université que si l'on considère que celle-ci a, ou devrait avoir, l'exclusivité de la recherche. Dans le cas contraire, il n'apparaît pas de façon évidente de transferts entre les deux institutions à l'occasion de la recherche qui semble plutôt, à l'instar des IFR, jouer un rôle fédérateur entre différents types d'acteurs qui sont partie prenante de la recherche médicale en France.

Figure 3 : Organisation des instances de la recherche aux HCL et de leurs interactions avec leurs principaux partenaires

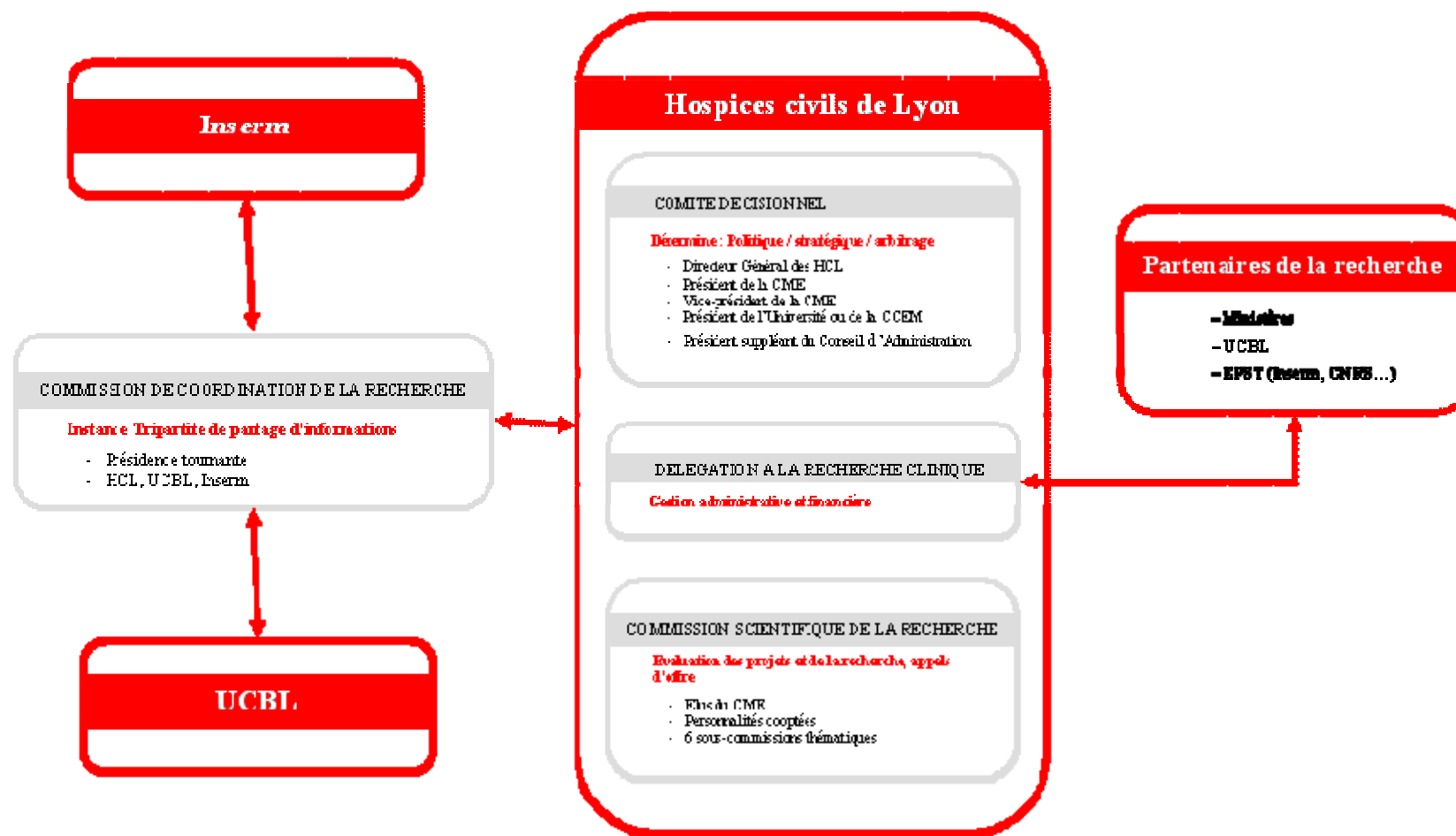
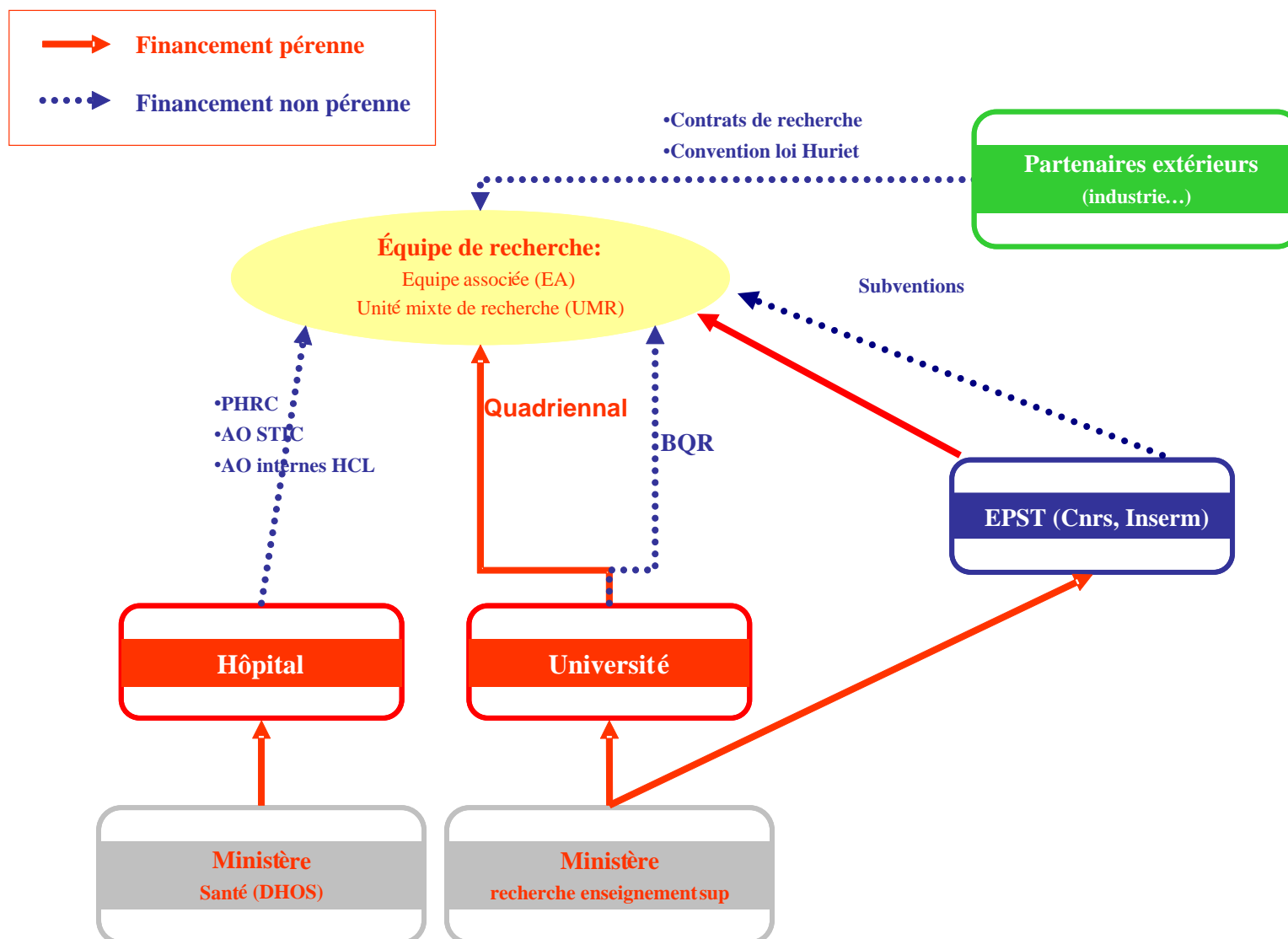


Figure 4 : Représentation schématique des modes de financement possibles d'une équipe de recherche universitaire ou hospitalo-universitaire



IV Le surcoût Chu à bordeaux

IV.1 Introduction

IV.1.1 - Problématique

Dans le cadre du financement par budget global, la couverture des coûts spécifiques induits par les missions hospitalo-universitaires s'effectue par l'attribution d'un taux d'abattement de 13% sur les charges prises en compte dans le calcul de la valeur de leur point ISA. Cet abattement s'applique aux établissements assurant statutairement des missions d'enseignement et de recherche et est supposé représenter les surcoûts induits par ces missions. La définition de ce taux a été largement remise en question¹ ainsi que son caractère uniforme puisqu'il ne tient pas compte des différences de productions d'enseignement ou de recherches des établissements². La réforme actuelle du financement de l'hôpital, reposant sur le principe de la tarification à l'activité, relance le débat de l'évaluation de ces missions spécifiques et par delà de la définition de ces mêmes missions et de leur identification comme un produit particulier de l'activité des CHU. Dans bien des cas, il semblerait en effet que ces missions soient délivrées en même temps que les soins ce qui rend leur évaluation complexe et renvoie à la question de leur prise en compte dans la tarification à l'activité.

La réforme de la tarification différencie deux sources de financement du budget MCO (sont exclus les soins psychiatriques) : la partie liée à l'activité (tarification au séjour, à la prestation), et la partie sous forme d'enveloppe MIGAC destinée à couvrir les missions d'intérêt général (MIG) et l'aide à la contractualisation (AC). Cette dernière est donc destinée à remplacer les « 13% ». Son montant, variable d'un établissement à un autre, devrait être calculé en fonction de la charge financière que représentent ces missions pour le CHU considéré, elle même identifiée à l'aide d'indicateurs qui restent à définir.

Le CHU de Bordeaux a été choisi pour traiter de la question du coût supporté par les CHU dans le cadre de leurs missions d'intérêt général. C'est un établissement important (

¹ Rappelons qu'il avait été défini de manière provisoire en 1995 et qu'il devait être affiné par des recherches complémentaires

² Une étude de la DHOS (Note du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, « Analyse des coûts dans les établissements hospitaliers » pp. 36-41) met en évidence un écart significatif en terme de valeur de point ISA selon les établissements :

Pour les CHU, cet écart prend des valeurs allant de -1% pour le CHU de Poitiers à +38% pour l'AP-HP (valeur 2001)

Tableau 17) classé par l'IGAS¹ dans le groupe des huit CHU, indiscutables pôles d'excellence en enseignement et recherche.

¹ « Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires » IGAS/IGAENR, juillet 2004

Tableau 17 : Le CHU de Bordeaux : présentation générale (données 2003, source Chiffres-clés, édition 2003, CHU Hôpitaux de Bordeaux)

| | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre de lits et places | 3368 |
| Effectifs totaux | 13 337 |
| dont | |
| Personnel médical | 2 632 |
| Personnel soignant, éducatif et enseignant | 7 628 |
| Personnel technique et ouvrier | 1 328 |
| Personnel administratif | 1051 |
| Personnel médico-technique | 698 |
| Activité médicale (en points ISA) | 198 318 240 |
| Budget | 724 millions € |
| Formation | 5 862 étudiants dont 3 098 en médecine |
| Recherche | 5 PHRC nationaux, 6 régionaux 232 études menées en collaboration avec des laboratoires 20 équipes labellisées INSERM 14 équipes labellisées CNRS 15 participations à des recherches internationales 1 CIC 1 CIT Biomatériaux 725 publications dans Medline |
| Innovations | 5 projets |

Les objectifs de notre intervention sur ce site furent les suivants :

- Identifier les missions d'intérêt général remplies par le Chu ;
- Valoriser ces missions
- Proposer des indicateurs de mesure de ces missions

IV.1.2 – Méthode

L'exercice de valorisation des ressources consacrées aux missions spécifiques des CHU nécessite au préalable un travail de délimitation précise des frontières de ces missions et des composants constitutifs des ces missions. La notion de coût n'a en effet de sens que par rapport aux éléments intégrés dans le domaine évalué. Or les missions spécifiques des CHU couvrent des activités aux contours et contenus variables selon les points de vue. Par exemple, qu'entend-on par recherche ? Une activité développée par une équipe et qui donne lieu à publication ? ou une structure reconnue dans le volet recherche du contrat quadriennal

L'ensemble des activités développées à titre individuel au nom de la recherche quels qu'en soient le cadre et l'objet ?

Cette perméabilité du concept de missions spécifiques entraîne pour notre sujet deux conséquences importantes :

- d'une part, il est nécessaire de définir aussi précisément que possible et de manière consensuelle le champ couvert et ses composantes ;
- d'autre part, il est également nécessaire de relativiser les résultats obtenus par rapport aux composantes retenues et valorisées.

Trois types d'approche sont théoriquement possibles pour aborder la question de la valorisation du surcoût des CHU.

La première consiste à comparer les composantes des coûts moyens des séjours de deux sous-ensembles d'établissements hospitaliers regroupant l'un des CHU, l'autre d'autres établissements. C'est cette méthode, appliquée à des postes comptables supposés affectés par les activités de recherche et d'enseignement (pour l'essentiel, les postes de dépenses médicales) qui a permis de déterminer le taux de 13%. A son caractère opératoire immédiat, on lui oppose l'extrême simplicité des calculs qui ne permet pas de prendre en compte d'autres effets de différenciation des coûts et qui se focalise sur le statut des établissements.

La seconde méthode, développée de manière importante aux USA dans le cadre de l'application des DRG et du Prospective Payment System, repose sur une approche économétrique. Il s'agit de chercher des corrélations entre les surcoûts observés à partir de la position de l'établissement par rapport à la moyenne (sur des indicateurs comme la valeur du point ISA) et des indicateurs qui traduisent l'activité de l'établissement dans les missions étudiées¹. Ces estimations sont instructives, mais restent relativement complexes. Une interrogation subsiste quant à la signification qu'il convient de donner aux résultats étant donné le biais d'allocation des ressources que constituent les négociations que les établissements peuvent avoir avec la tutelle pour financer leurs activités spécifiques.

La troisième méthode repose sur une observation et une analyse approfondie de terrain pour mesurer directement les ressources consacrées à ces missions spécifiques. Un ensemble de monographies a ainsi été réalisé sur la valorisation de l'enseignement et sur le champ de la recherche².

C'est dans cette dernière perspective que cette étude s'inscrit. Elle repose sur une approche monographique consistant à rendre compte de la réalité des pratiques, ce qui inscrit ce travail dans une démarche exploratoire d'identification de ces pratiques, de quantification et de valorisation. Les définitions théoriques des missions spécifiques ont servi de point de démarrage, appelant quelques précisions/dépassements pour rendre compte des pratiques effectives.

¹ Aux Etats-Unis, pour traduire la charge d'enseignement, on utilise le nombre d'internes par lit.

² Centre de Gestion Scientifique, Ecole des Mines, J.C. Moisdon et Centre de Recherche en Gestion, Ecole Polytechnique, G. de Pourville

La méthode arrêtée procède en trois temps :

Dans un premier temps, il s'agissait de définir les domaines et composants couverts par le concept de missions spécifiques des CHU. Des entretiens ont été effectués auprès des « personnes-ressources » désignées par le Président de l'université en collaboration avec le directeur du CHU : avec ces personnes a été progressivement défini le champ des missions spécifiques tel qu'il était développé à l'hôpital, ainsi que les critères envisageables de quantification et de valorisation de ces missions. Ces définitions reflètent donc l'état daté d'un travail commun effectué avec nos interlocuteurs qui permet de procéder à un premier exercice de valorisation¹.

Dans un deuxième temps, la valorisation des missions telles que définies précédemment a été effectuée avec les informations disponibles à l'hôpital.

Enfin, parce que les données disponibles ne permettent pas de couvrir toutes les activités recensées au titre des missions spécifiques, des paramètres approchés et des outils à élaborer pour rendre compte de ces missions ont été définis.

La collecte d'informations repose donc sur deux approches complémentaires : des entretiens et une collecte d'informations chiffrées selon un tableau construit par nos soins.

Deux séries de trois entretiens ont été réalisés :

1 – Un entretien avec le directeur des affaires médicales et de la recherche clinique et le conseiller du Président de l'université pour la recherche médicale

2 – Un entretien avec le directeur financier de l'hôpital

3 – Un entretien avec la secrétaire générale de l'université

Ces entretiens ont permis d'identifier les principales composantes pour le CHU hôpitaux de Bordeaux des quatre grands chapitres sous lesquels sont réalisées les missions d'intérêt général du CHU. Ils recouvrent principalement les MERRI, c'est-à-dire :

- L'enseignement,
- La recherche
- Le recours
- L'innovation

¹ Cependant, ces définitions peuvent être remises en cause en fonction des points de vue représentés, et ce d'autant plus facilement que les contours des missions spécifiques des CHU ne sont pas précisément objectivés. Au cours de la validation du texte final, une vision plus restrictive des activités de recherche des praticiens hospitaliers nous a été opposée remettant alors en cause la valorisation finale. Il est bien entendu que les résultats présentés ici font l'objet du consensus le plus large que nous ayons réussi à obtenir entre les partenaires.

L'essentiel des données chiffrées provient de la comptabilité analytique 2003¹. Le recours aux estimations d'experts (extrapolation des données de la comptabilité analytique ou estimation du partage du temps de travail du personnel) est utilisé lorsque le système d'informations existant ne permet pas une évaluation directe.

IV.2 Les composantes retenues

IV.2.1 - Enseignement

L'enseignement couvre le champ de la formation médicale et paramédicale. La valorisation de son coût tient compte des coûts directs, des coûts indirects, mais également du manque-à-gagner que cette activité génère pour l'hôpital en immobilisant des ressources initialement dédiées au soin pour la fonction enseignement. Toutefois, cette activité peut être également créatrice de valeur pour l'hôpital : l'évaluation de son coût doit alors intégrer toutes les dépenses affectées à cette activité en tenant compte des bénéfices induits.

Les charges supportées au titre de l'enseignement sont de plusieurs ordres : rémunération des étudiants en médecine, surcoût induit par l'activité médicale des internes en formation, temps de travail affecté à l'enseignement par des professionnels dont le statut ne prévoit pas explicitement de charge d'enseignement, temps de travail administratif lié à la gestion des formations, coût des locaux dédiés à l'enseignement et coût de fonctionnement des écoles para-médicales. Ces différents postes sont détaillés ci-dessous :

Les charges liées à la rémunération des étudiants en médecine

Ces charges sont directement constitutives du surcoût lié à l'enseignement dans la mesure où elles ne sont pas contrebalancées par une activité de production de soins qui viendrait en amoindrir le montant. Elles concernent donc les étudiants de médecine en 2^{ème} cycle, rémunérés par le CHU à hauteur de 200 € par mois et les « faisant fonction d'internes » étrangers que le CHU accueille dans un objectif de formation et une volonté de coopération internationale². Leur présence a un coût pour le CHU qui les rémunère (20 000 € par an) et est considérée par le CHU comme un surcoût dans la mesure où ils ne concourent pas à la production de soins. L'ensemble de ces postes constitue une charge évaluée pour le CHU à 3,6 millions €

Les charges liées à la formation dans les services des internes et étudiants en odontologie

La présence d'étudiants dans les services soulève la question de leur impact sur la pratique clinique, dans la mesure où, dans une période d'apprentissage, les étudiants ne sont pas toujours dans ce qu'on pourrait appeler « la pratique normée ». Les Internes sont également

¹ Les règles de calcul de la comptabilité analytique 2004 n'étant en effet pas définies officiellement encore fin juin 2005 par le Ministère.

² Cette année, ce sont 53 personnes provenant en particulier de l'Océanie et de l'Asie qui sont au CHU en tant que faisant fonction d'interne.

rémunérés par le CHU, mais ils participent aussi à l'activité de soins. La valorisation de leur présence au CHU doit donc tenir compte du coût direct qu'ils représentent (salaires), mais également du coût indirect lié à leur présence dans les services. En même temps, il faut décliner toutes les facettes de la situation et considérer également les avantages qu'ils peuvent induire en termes économiques pour le service.

La présence des internes dans les services se traduit par :

Un temps moyen par acte effectué plus important que si le même acte avait été réalisé par un médecin confirmé. Ce temps d'apprentissage de leur pratique professionnelle est largement reconnu depuis les travaux menés par F. STEUDLER au début des années 80¹. Il pourrait être estimé par consensus et être considéré comme induit par la mission de formation des CHU.

Un niveau moyen de prescriptions médicales plus élevé surtout lorsqu'ils intègrent un nouveau service.

Un temps de travail supplémentaire pour les médecins en poste en terme de formation spécifique : formation au lit du malade par les PH, séances de staff, séances de bibliographie...

La question de la valorisation de l'ensemble de ces activités en termes de surcoût est largement débattue tant sur le terrain que dans la littérature. En effet, si les internes coûtent, ils rapportent également en participant à l'activité de soins et en allégeant le travail d'autres catégories de personnel : ils participent aux gardes, à l'accueil des malades et de leurs familles, aux visites et contre-visites, à la gestion des dossiers médicaux.... Dans une perspective de strict calcul économique, toutes ces tâches viennent contrebalancer le surcoût que leur présence dans un service peut induire. Cependant, il semblerait qu'il existe des effets de seuil variables selon les catégories de services : dans un service de 30 lits de chirurgie, la présence d'internes serait économiquement favorable jusqu'à quatre internes. Au delà de ce seuil, leur présence serait économiquement désavantageuse. Pour un service de médecine, ce chiffre serait plutôt de l'ordre de trois internes².

Pour le CHU de Bordeaux, il a été admis que la participation des internes à l'activité de soins (tous services confondus) compense globalement les surcoûts induits à l'exception des prescriptions médicales qui ont été isolées et présentées comme un surcoût en tant que tel. Cette position revient à différencier les composantes intrinsèques de l'activité de soins des produits résultant de cette activité, la prescription faisant partie de cette dernière catégorie. Il serait ainsi possible d'évaluer le surcoût des prescriptions médicales imputables aux internes à environ 5% du montant des prescriptions.

La charge que représente l'enseignement lors de l'activité clinique ne concerne pas seulement la formation des internes, mais également celle des étudiants en odontologie. Le centre de soins dentaires combine en effet des activités de soins et d'enseignement que les données de

¹ Steudler F., La profession médicale, 1982

² Spira R., Kletz F., Moisdon J.C., de Pouvourville G.: « L'impact de la recherche et de la formation médicale sur le budget des établissements hospitaliers », 1994, École des Mines, Paris, École Polytechnique.

la comptabilité analytique nous permettent d'évaluer. Ainsi le coût de formation des étudiants du centre est estimé à 4 695 000€¹

Les charges liées au temps de travail affecté à l'enseignement

Sous cette rubrique est identifié le temps de travail dédié à l'enseignement, soit de manière directe (cours) soit de manière indirecte (temps de travail administratif), par du personnel hospitalier dont les fonctions n'intègrent pas, en théorie, de participation à la mission d'enseignement du CHU. Sont concernés par la question du temps de travail dédié directement à l'enseignement :

- **Les PH chargés d'enseignements magistraux** : Il a été considéré que le surcoût des enseignements réalisés par les PH était significatif lorsque les enseignements se déroulaient hors du CHU et pour une durée supérieure à ½ journée.

Trois niveaux différents ont été établis :

- 1) les interventions de plus d'une demi-journée sur place ou à Bordeaux ;
- 2) les interventions de plus d'une demi-journée hors du CHU avec déplacement ;
- 3) les interventions à l'étranger dans le cadre des activités de coopération internationale spécifiques au CHU de Bordeaux.

Ces trois catégories entraînent réciproquement un manque à gagner sur l'activité de soin du moins au plus important. La valorisation de cette activité est délicate en l'état actuel des données disponibles. Seule une enquête exhaustive auprès de l'ensemble des PH instruisant la décomposition de leur temps de travail aurait pu fournir une information fiable permettant de proposer une valorisation. L'absence de ces données nous conduit donc à proposer un surcoût lié à l'enseignement minimisé par rapport au surcoût réel.

- **Les cadres infirmiers** donnant des cours dans les écoles paramédicales : la participation des cadres infirmiers à l'activité d'enseignement des instituts de formation paramédicale ou des écoles de formation de sages-femmes du CHU a été considérée comme constituant un surcoût pour l'hôpital. On peut considérer en première approche que 10 % à 25 % (voire plus chez les cadres kinésithérapeutes) du temps des cadres est consacré à cette fonction. Toutefois, si nous prenons cette mission en compte, il faudrait prendre les mêmes critères d'évaluation que pour les PH, c'est-à-dire ne considérer cette mission comme une charge que si elle est effectuée en dehors du site et pendant au moins une demi-journée. Ce poste représenterait alors une charge d'environ 1,2 million € pour le CHU.

- **L'activité des hospitalo-universitaires dans les disciplines biologiques** constitue une spécificité dans la mesure où les hospitalo-universitaires de ces disciplines semblent consacrer

¹ Le système d'informations existant ne permet pas de départager exactement les activités de soins de celles d'enseignement du centre de soins dentaires. Toutefois, si on enlève de cette section d'analyse la valeur des actes facturables et la revente des prothèses hors nomenclature, on obtient une charge (environ 50% du total) qui représenterait la charge relative aux activités d'enseignement du centre.

une partie importante de leur temps de travail à des activités d'enseignement et de recherche, ce qui nécessite du personnel supplémentaire pour les activités de soins. En appliquant à la lettre les dispositions du Décret no 93-354 du 15 mars 1993 relatif aux conditions d'autorisation des laboratoires d'analyses de biologie médicale et au contrôle de la bonne exécution de ces analyses, et modifiant les décrets no 76-1004 du 4 novembre 1976 et no 83-104 du 15 février 1983, le CHU de Bordeaux ne devrait pas posséder plus de 55 biologistes équivalent temps plein : il rémunère 112,60 ETP hors internes et étudiants. Le surcoût peut donc être évalué à 3,46 millions € par an et en prenant en compte les coûts induits, à 4,22 millions €. Toutefois, il convient de noter que ce surcoût intègre l'ensemble des activités des hospitalo-universitaires, sans qu'il soit possible de départager précisément ce qui relève de l'activité enseignement et ce qui relève de l'activité recherche. Par conséquent, sur ce poste, il semblerait plausible de considérer que le surcoût lié à l'enseignement est moins élevé que le chiffre annoncé¹.

La question du temps de travail indirectement dédié à l'enseignement apparaît comme secondaire par rapport à ce qui précède. Sont concernés par cette question:

Un administratif : Une personne a pour mission au sein du CHU de gérer la répartition des stages hospitaliers des étudiants de 2^{ème} cycle. Cela constitue un ¾ temps à la charge du CHU, pour un montant de 27 000 €

Les secrétaires hospitalières dont une partie du temps de travail peut être consacré à des tâches induites par la charge d'enseignement de leur chef de service: Ce temps peut être relativement important bien que très variable d'une secrétaire à l'autre. Il est valorisé par la direction financière de l'hôpital à 0,9 million€

Les charges liées à la mise à disposition et à l'entretien des locaux pour l'enseignement

Par rapport aux locaux, deux catégories de charges sont à prendre en considération. D'une part, les charges liées aux locaux utilisés pour l'enseignement et d'autre part, les charges liées à l'hébergement des étudiants en médecine.

Utilisation de locaux du CHU pour des activités d'enseignement :

Si au premier abord, on peut considérer l'existence de ces locaux et leur utilisation comme constitutifs d'un surcoût pour l'hôpital, les modalités concrètes de fonctionnement concernant ces locaux en relativisent la charge financière pour le CHU.

Il semblerait en effet qu'il y ait peu de locaux appartenant au CHU et dédiés uniquement à l'enseignement. Le plus souvent, ces salles sont polyvalentes et sont utilisées également pour des besoins spécifiques du CHU (par exemple, salle de bibliothèque médicale).

¹ Il nous a également été signalé que la majorité des postes hospitalo-universitaires sont en clinique avec une contribution universitaire (recherche dans le cadre d'une équipe reconnue et enseignement annuel) extrêmement faible pour beaucoup. Le surcoût induit par la part d'enseignement et de recherche plus importante que celle prévue dans les textes pour les hospitalo-universitaires dans les disciplines biologiques serait donc contrebalancé par une moindre activité dans ces domaines pour certaines autres disciplines.

Certes, aucun loyer n'est payé par l'université, ce qui pourrait constituer un manque à gagner pour le CHU. Mais en même temps, ces pratiques relèvent d'accords informels entre les deux institutions qui, d'une manière globale, semblent assurer un équilibre suffisant pour ne pas être périodiquement remis en cause.

- Hébergement en internat :

Le CHU possède un bâtiment dédié au logement des internes dont la charge lui revient entièrement. Le montant total de cette charge est évaluée à 450 000€

Les écoles para-médicales

Le CHU de Bordeaux développe une activité importante en termes de formation paramédicale : 1 207 étudiants à la rentrée 2003-2004, 13 instituts et écoles pour assurer la formation de 12 métiers différents. La charge totale correspondante est évaluée à 7,7 millions € en 2003 et est incluse dans le calcul du coût des missions spécifiques du CHU dans la mesure où la valorisation ici effectuée correspond à la situation de l'année 2003. Toutefois, il convient de noter qu'à partir de 2005, cette charge doit passer au budget de la région et ne plus être supportée par le CHU.

IV.2.2 Recherche

La définition du champ couvert par la recherche en milieu hospitalier n'est pas encore définitive. Plusieurs distinctions existent : recherche fondamentale, bio-médicale, thérapeutiques ; recherche relevant de la loi Huriet, recherche promue par des acteurs externes à l'hôpital... Cette question fut l'objet de discussions importantes avec nos interlocuteurs tant il apparaissait nécessaire de délimiter précisément ce qu'ils intégraient dans ce champ pour pouvoir ensuite identifier les éléments constitutifs de coûts spécifiques pour le CHU. Quatre catégories principales ont été répertoriées auxquelles il convient d'intégrer une catégorie supplémentaire se révélant être à l'interface entre les missions d'enseignement et de recherche. Les quatre principales catégories sont les suivantes :

- les plateaux techniques implantés sur des sites hospitaliers,
- le personnel dédié à la recherche clinique,
- les locaux dédiés à la recherche,
- les frais de gestion liés à l'activité de recherche.

La catégorie supplémentaire est constituée de la formation continue et des abonnements à caractère scientifiques souscrits par le CHU.

Plateaux techniques implantés sur un site hospitalier

Nous avons recensé trois principaux plateaux techniques :

Plateau technique Innovation biomédicale : la finalité de cette structure récemment créée est le développement de nouveaux outils diagnostics et thérapeutiques dans le domaine des biomatériaux et de l'exploration/suppléance fonctionnelle en partenariat avec les équipes de recherche de l'IFR n°4 (mais pas exclusivement), les industriels, et les deux autres plateaux techniques, le Centre d'Innovation Technique et le Centre d'Innovation Clinique (cf infra). Cette structure a été financée en partie par le CHU qui a assuré la maîtrise d'œuvre liée à la réhabilitation d'un bâtiment hospitalier sur le site de l'Hôpital Xavier-Arnoz. De plus le CHU a apporté toute son expérience pour la négociation du contrat de Plan Etat-Région et a organisé les appels d'offres. A ce jour, l'opération n'est pas terminée. La participation nette du CHU peut cependant être estimée aux coûts de maîtrise d'ouvrage de ce projet (150 000 €). Par contre, l'apport des compétences de gestion du projet que le CHU a pu faire n'est pas, en l'état actuel des données disponibles, valorisable ni même estimable.

Le budget de fonctionnement (y compris le personnel et les locaux) du plateau technique d'innovation biomédicale a vocation à être couvert par les redevances demandées aux promoteurs des projets.

Le Centre d'Innovation Clinique (CIC): le CIC est un partenariat entre l'INSERM et le CHU pour des lits dédiés entièrement à la recherche. Son financement est réglementé pour quatre ans par une convention entre la DHOS et l'INSERM, l'objectif étant d'atteindre un autofinancement au terme de ces quatre ans. Une partie du budget de cette structure provient de recettes propres d'une hauteur de 87 830€ Ces recettes proviennent à proportion variable tous les ans, du PHRC et des promoteurs privés. Cependant, ces recettes ne couvrent pas, pour l'instant, toutes les dépenses qui s'élèvent à 153 000€ La différence est financée par le CHU sous forme de provisions constituées puis reprises.

Le Centre d'Innovation Technique (CIT) : le CIT de Bordeaux est spécialisé sur les biomatériaux. Il a été créé conjointement par le CHU et la Direction de la technologie du Ministère de la Recherche Ce centre a un coût direct pour le CHU correspondant à son budget de fonctionnement (223 000 euros). Il constitue aussi un coût indirect dans la mesure où le CHU ne reçoit pas de loyer en contrepartie des locaux qu'il met à la disposition de cette structure.

Coût des personnels dédiés à la recherche clinique

Il s'agit ici d'identifier et de valoriser les frais induits par l'activité de recherche soit d'un point de vue administratif, soit parce que cette activité est effectuée par une catégorie de personnels dont la mission à l'hôpital ne comprend en théorie pas d'activités de recherche.

Personnels de l'unité de gestion de recherche clinique : L'unité de gestion de la recherche clinique est un des services centraux du CHU qui gère toutes les activités de recherche clinique développées au sein du CHU. Leurs fonctions sont à la fois administratives et juridiques et sont valorisées soit directement dans le budget de l'hôpital, soit indirectement par le biais des frais prélevés sur le PHRC (22%). Le montant total de cette charge est évalué à 835 200€

Temps de travail des secrétaires hospitalières consacré à la gestion des activités de recherche des HU : Si les conventions hospitalo-universitaires des années 1960 avaient organisé la

séparation entre le temps de travail lié à l'activité hospitalière et celui lié à l'activité universitaire des secrétaires attachées à un praticien hospitalo-universitaire, aujourd'hui les deux fonctions sont largement intégrées et assumées souvent par la même personne. L'identification du temps passé par les secrétaires hospitalières à des tâches liées aux activités de recherche de leur chef de service s'en trouve donc compliquée d'autant plus qu'il peut être très variable d'une secrétaire à l'autre : il semble qu'on puisse considérer qu'il peut occuper entre 2,5% et 15% de leur temps de travail. Sur la base d'un temps moyen de 8% affecté à cette activité et d'un coût global toutes charges confondues de 36 000€/an, on peut évaluer à 3240€ par secrétaire le coût de ses activités développées dans le cadre de la mission de recherche que développe son chef de service.

PH ayant une activité de recherche : Parallèlement au surcoût engendré par l'activité d'enseignement réalisé par les PH, leurs activités de recherche peuvent également constituer un manque à gagner pour le CHU. Toutefois, à l'heure actuelle, aucun moyen ne permet d'évaluer le temps consacré par les PH à des activités de recherche quel que soit le mode de financement public ou privé. Seule une enquête précise auprès des PH permettrait d'évaluer leur participation à des activités de recherche.

Locaux

Hébergement de trois équipes universitaires de recherche : le CHU Hôpitaux de Bordeaux n'héberge que trois équipes de recherches sur 60 rattachées à l'université. En effet, les autres équipes sont, soit hébergées dans des bâtiments propres à l'université, soit dans ceux de l'INSERM ou du CNRS. Pour ces trois équipes, aucun loyer n'est versé, mais uniquement une participation aux frais généraux. Cette pratique relève d'un accord informel, l'université logeant également des équipes hospitalières sans loyer¹.

Financement de la recherche

PHRC : une grande partie des financements de la recherche clinique réalisée par le CHU est financée par le PHRC, celui-ci pouvant être national ou régional. Cela constitue donc un financement extérieur de l'activité de recherche clinique, mission spécifique du CHU mais qui n'induit pas un surcoût.

Bourses de recherche : le CHU finance un certain nombre de bourses de recherche qui ont été intégrées dans le chapitre formation continue.

Appels d'offres internes : les bénéficiaires de la recherche clinique financée par des promoteurs extérieurs sont utilisés pour financer des jeunes chercheurs, soit en leur apportant une aide financière, soit en leur permettant d'utiliser gratuitement les plateaux techniques. Ces deux types d'aides constituent un manque à gagner pour le CHU, mais leur valorisation n'est pas immédiate notamment dans le cas d'un prêt gratuit des plateaux techniques. Avec nos interlocuteurs, il a été retenu qu'en première analyse, la valeur du plateau technique peut être estimée par rapport au montant de la production qu'il permet de réaliser. Ainsi, le manque à

¹ On citera l'Unité de Soutien à la Recherche Médicale par exemple.

gagner peut être estimé à la production globale ramenée au nombre de praticiens, soit environ 320 euros de l'heure¹, ce qui constitue un montant global de 800 200€

Autres

Abonnements à caractère scientifique : le CHU dispose d'un budget spécifique consacré aux abonnements à des documents à caractère scientifique, qui fait partie du surcoût du CHU. Cette dépense apparaît dans le budget de l'hôpital.

Notons que depuis 2000, l'université a créé un accès à distance à la documentation : banque de données bibliographiques et revues spécialisées. Ce service d'accès à distance aux ressources électroniques est mis à disposition des laboratoires universitaires et des équipes ou unités INSERM et CNRS, et est ouvert au CHU de Bordeaux, sans contrepartie.

La formation continue a été évoquée comme une mission spécifique du CHU. Celle-ci est déclinée sous plusieurs formes : bourses de recherche financées par le CHU pour les étudiants de troisième cycle ainsi que pour les titulaires, séminaires, congrès proposés à tous les personnels médicaux et para-médicaux. Le CHU possède aussi un budget pour ce type d'actions de formation continue qui est donc facilement identifiable et valorisable. Cette composante du surcoût du CHU est ici intégrée dans la mission recherche plutôt qu'enseignement, la limite entre ces deux activités étant souvent ténue, du fait de leur interaction permanente dans un processus de développement conjoint.

IV.2.3 Recours

La notion de recours renvoie à des débats plus larges autour de la logique de l'organisation régionale de l'offre de soins. Les missions d'un centre de recours sont en effet spécifiques et doivent s'inscrire en complémentarité avec celles des autres établissements ou services de santé d'un territoire géographique donné. Après discussions, il a été décidé de définir le recours au sens de la notion de référence, c'est à dire des pratiques médicales qui intègrent les résultats issus de la recherche et de la validation des innovations. Si cette définition du recours peut paraître relativement restrictive, elle permet de prendre en compte les critères propres au Ministère de la Santé dans sa reconnaissance nationale des centres de référence : ce qui implique la labellisation par le Ministère de la Santé de la structure concernée ou son identification en tant que structure relevant de l'enveloppe MIG telles que définie par l'arrêté du 12 avril 2005. A ces éléments d'identification de la notion de recours, est proposée l'ajout de la prise en compte du déficit des activités dites de recours régional, mais qui ne sont pas couvertes par les forfaits annuels.

Centres régionaux de référence :

Actuellement, la DHOS a labellisé quatre centres de référence au CHU de Bordeaux. Ces centres de référence portent sur la compétence pédiatrique pour la mucoviscidose, sur la sclérose latérale amyotrophique, sur la prise en charge des troubles du langage, et sur la génétique moléculaire. En 2005 sera labellisé un centre sur les maladies rares de la

¹ Sur la base d'un produit (GHS + actes) de 492 millions d'euros divisé par le nombre de praticiens et de leur temps moyen de travail

pigmentation et de la peau. A cette liste s'ajoute un certain nombre de structures relevant de l'arrêté du 12 avril 2005. Le financement de ces centres étant pris en compte par la DHOS (pour un montant global de 6.83 millions€), le CHU finance la différence entre le financement reçu et la totalité des coûts de fonctionnement payés par le CHU pour ces centres de référence (soit 3.54 millions €). Le total du coût pris en charge est constitutif du surcoût hospitalo-universitaire. La part non prise en compte par le financement de la DHOS constitue un surcoût résiduel pour le CHU¹.

Activités de recours régional non couvertes par des forfaits annuels :

N'ont été retenus dans cette rubrique que les postes pour lesquels le déficit a été considéré comme suffisamment élevé pour constituer un coût pour l'hôpital (grands brûlés, biothérapie, hématologie et greffe de moelle et psychiatrie de l'adolescent). Ce dernier est évalué globalement à 1.97 millions €

IV.2.4 Innovations

Pour l'innovation, de nombreuses questions se posent également pour la définition du champ couvert par ce terme : on ne peut évidemment rester dans les limites du domaine défini par la politique nationale qui organise un Soutien aux Techniques Innovantes et Coûteuses (STIC). Sur quels critères décide-t-on qu'une innovation est coûteuse ?

La définition retenue considère les différentes phases qui s'enchaînent pour concrétiser une idée nouvelle et progressivement la développer jusqu'à l'insérer en routine dans les pratiques professionnelles. Dans ce processus, l'innovation correspond à la phase en aval immédiat de celle de la recherche et en amont de celle de la «généralisation de la pratique». Cette définition renvoie à deux aspects : une partie financée par la DHOS au travers des programmes STIC ; et une autre partie qui constitue une charge financière pour le CHU : il s'agit des activités et dispositifs médicaux, molécules et autres outils qui font progresser le diagnostic et assurent la thérapeutique dans les domaines encore incertains. Ils sont repérables par toute une série de « marqueurs » : ce sont des actes qui sont libellés « recherche » lors de leur exécution, des actes hors nomenclature, des médicaments sous ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation)....

Innovation dans le cadre des STIC :

Pour l'année 2003, le CHU Hôpitaux de Bordeaux avait obtenu une enveloppe de 542 000€ pour 5 dossiers. Mais ce financement par la DHOS ne constitue pas la totalité des activités d'innovations réalisées par le CHU de Bordeaux qui, pour l'année 2005, a envoyé 17 dossiers dont une minorité sera retenue. Il y a donc des innovations hors STIC développées par le CHU.

Innovation hors STIC:

¹ Delta calculé par la différence entre le financement reçu de la part de la DHOS et la totalité des coûts de fonctionnement payés par le CHU pour ces centres de référence.

Cette composante comprend plusieurs éléments inclus dans la catégorie « innovation hors STIC » de par l'évolution des pratiques ou l'état des modalités de prises en charge financière. On y trouve :

- le coût d'acquisition d'équipements et de matériaux spécifiques financés par le CHU (exemple du Fibroscan ou l'Ablatherm acheté en partenariat avec le CHU de Toulouse et Limoges)
- les actes et dispositifs non pris en compte par la sécurité sociale qui permettent un élargissement de l'investigation (exemple des implants cochléaires pour les enfants sourds).
- les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU)
- il faut également intégrer dans le surcoût de l'innovation le coût des actes libellés recherche lors de leur exécution. Ces derniers sont évalués à 5% du total des actes de biologie et 2% des actes hors biologie, soit un montant total de 3,43 millions €

L'ensemble des ces différentes composantes du surcoût de l'innovation peut être évalué à 19, 718 €

IV.3 Synthèse des résultats et discussion

IV.3.1 1. Synthèse des résultats

L'ensemble des données recueillies nous permet de proposer le tableau de synthèse suivant (Tableau 18).

Tableau 18 : Récapitulatif du surcoût CHU

| Composantes du coût Enseignement | Valorisation | Remarques |
|------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| - Formation médicale | | |
| Etudiants en 2ème cycle | 2 570 387 | |
| Internes étrangers (53) | 1 060 000 | |
| Enseignement lors de l'activité clinique (consultation, staff...) | 4 695 000 | surcoût du centre de soins dentaires |
| Temps supplémentaire dû à l'activité des internes et sur-prescriptions | 5 200 000 | estimations |
| - Dépenses de personnel | | |
| HU dans les disciplines biologiques | 4 220 000 | y compris coûts induits |
| PH chargés d'enseignements magistraux | n.c. | données inexistantes en l'état actuel |
| Personnel administratif | 27 000 | coût du ¾ d'ETP chargé des stages hospitaliers des étudiants en 2 nd cycle. |
| Cadres infirmiers donnant des cours | 1 200 000 | estimations |

| | | |
|--------------------------------|-------------------|-------------|
| Secrétaires hospitalières | 900 000 | estimations |
| - Locaux | | |
| Hébergement en internat | 450 000 | |
| - Écoles para-médicales | 7 706 475 | |
| <u>TOTAL</u> | 28 028 862 | |
| <u>ENSEIGNEMENT</u> | | |

| Composantes du coût Recherche | Valorisation | Remarques |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plateaux techniques | | |
| - Plateau technique Innovation biomédicale | 150 000 | maîtrise d'œuvre à laquelle s'ajoutent les compétences de négociation apportées par le CHU |
| - CIC | 243 500 € | budget de fonctionnement |
| - CIT | 223 000 € | budget de fonctionnement |
| - Personnel participant à la recherche clinique | | |
| PH ayant une activité de recherche | n.c. | données inexistantes actuellement |
| Personnel de l'unité de gestion de recherche clinique | 448 200€ 387 000 € | CIE frais indirects du PHRC (22 %) : |
| Secrétaires hospitalières participant à la gestion de la recherche | 311 000 | évaluation entre 2,5% et 15% de leur temps de travail. |
| - Locaux | | |
| Hébergement de trois équipes universitaires | 30 000 € | contrat Inserm CNRS |
| - Apports financiers | | |
| Bourses de recherche | 45 550 € | |
| Appels d'offres internes | 800 200 € | |
| - Autres | | |
| Formation des agents H et HU (séminaires, congrès, bourse de recherche ...) | 40 000€ | |
| Abonnements à caractère scientifique | 8 000 € | |
| <u>TOTAL RECHERCHE</u> | 2 536 450 € | |

| Composantes du surcoût RECOURS RÉFÉRENCE | Valorisation | <i>Remarques</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Activités de recours régional non couvertes par des forfaits annuels : | 323 400 € | |
| - Grands brûlés | 155 000 € | données quantifiées à la section d'imputation 2 de la comptabilité analytique. |
| - Biothérapie | 1 009 000 € | |
| - Hématologie et greffe de moelle | 490 000 € | |
| - Psychiatrie de l'adolescent | 1,97 millions € | |
| Total (1) | | |

Centres régionaux de référence

| | |
|------------------------------------------------|-----------------|
| Génétique moléculaire | 1 428 000 € |
| Maladies rares | 260 500 € |
| Tumurothèque | 88 000 € |
| Centre mémoire | 198 000 € |
| Centre mucoviscidose | 143 000 € |
| Centre des troubles du langage | 199 000 € |
| Centre de ressources maladies professionnelles | 209 000 € |
| Centre de sclérose latérale amyotrophique | 260 000 € |
| Praticiens contractuels régionaux | 454 200 € |
| Unités saisonnières | 49 900 € |
| Centre de traitement de l'hémophilie | 193 000 € |
| Centre de rétention administrative | 153 000 € |
| Centre méthadone | 134 800 € |
| Centre régional de soins palliatifs | 131 700 € |
| Centre d'addictologie | 283 200 € |
| Centre de consultation médico judiciaire | 508 500 € |
| Réseaux ville hôpital et coordination | 539 600 € |
| Transports SDIS pour la Gironde | 842 300 € |
| Unité de recours pour les cérébro lésés | 171 000 € |
| Foetopathologie et recours médico légal | 256 200 € |
| | 333 000 € |
| Autres (dopage, surdité) | 6,83 millions € |

Total (2)

| | |
|------------------------------------------------------|-------------------------|
| Foetopathologie et recours médico-légal | 256 200€ |
| Autres (dopage,surdité) | 333 000€ |
| Total (2) | 6.83 millions € |
| Delta de ce qui n'est pas pris en compte par la DHOS | 3,54 millions € |
| (Total (3)) | 12,34 millions € |
| TOTAL RECOURS RÉFÉRENCE (1)+(2)+(3) | |

| Composantes du surcoût INNOVATION | <u>Valorisation</u> | <u>Remarques</u> |
|------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|
| - Actes libellés recherche lors de leur exécution : | | |
| Actes de biologie | 2,93 millions € | évalué à 5 % du total des |
| Actes de radiologie | 0,31 millions € | actes de biologie et 2 % des |
| Actes d'explorations | 0,19 millions € | actes hors biologie |
| - STIC | 542 000 € | |
| - Innovations hors STIC : | | |
| Médicaments sous ATU | 289 000 € | Total millions €avec charges |
| Dispositifs médicaux innovants | 6 183 000 € | induites |
| Implants cochléaires, neurostimulation | 1 022 000 € | |
| Activités et dispositifs hors nomenclature | 8 794 000 € | |
| TOTAL INNOVATION | 20 260 000 € | |

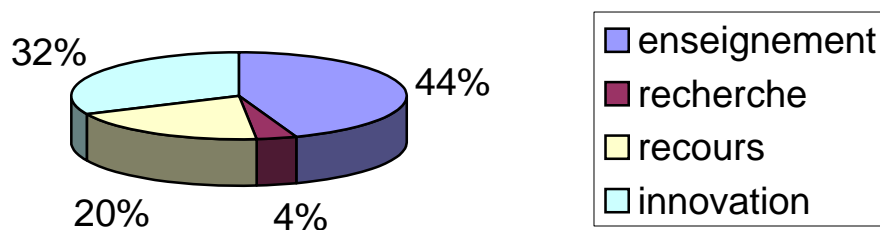
TOTAL GÉNÉRAL **63 172 712 €**

L'ensemble des surcoûts liés aux missions spécifiques du CHU peut être estimé, compte tenu des informations qui nous ont été transmises, à 63, 17millions €, dont 28 pour l'enseignement, 2,5 pour la recherche, 12,3 pour la mission recours et 20,3 pour l'innovation. Ce surcoût total représenterait près des deux-tiers des 13%.

IV.3.2 2 – Une répartition conforme aux activités du CHU de Bordeaux

Ces surcoûts ne se répartissent pas de manière équivalente entre les quatre grandes rubriques concernées, comme le montre le schéma ci-dessous :

Répartition du surcoût Chu Bordeaux en fonction des missions spécifiques



La répartition obtenue sur la base des valorisations effectuées sur le site de Bordeaux paraît assez cohérente avec la réalité des missions spécifiques que remplit cet établissement.

L'enseignement occupe une place prédominante qui serait même renforcée si le système d'information existant permettait de valoriser l'intégralité de cette mission spécifique. En effet, le montant du surcoût de l'enseignement est certainement sous-évalué par rapport à la réalité : même si l'évaluation du surcoût des internes reste délicate, les enseignements délivrés par les PH n'ont pu être intégrés dans les évaluations menées, ni le coût de la mise à la disposition et de l'entretien des locaux nécessaires pour ces activités.

La part que représente l'innovation telle qu'elle est développée au CHU de Bordeaux est le reflet des caractéristiques de ce type de mission relativement consommatrice de ressources. En effet, le processus de l'innovation est empreint d'incertitude qui implique un ensemble plus ou moins important de démarches visant progressivement à éliminer ou du moins réduire cette incertitude. Par nature, cet ensemble n'est pas déterminé a priori, et varie selon les pratiques développées dans chaque type d'établissement en fonction du niveau de risque accepté. Il faut en effet distinguer au sein du coût de l'innovation, les composantes relatives à des éléments non encore remboursés, mais qui le seront dans un avenir plus ou moins proche, des composantes qui ne le seront jamais (médicaments orphelins par exemple, pas d'AMM demandée, marché trop étroit,...). Ainsi, au CHU de Bordeaux, on estime que 10% des produits actuellement non remboursés ne le seront jamais. La question que pose la diversité des pratiques observées au titre de l'innovation est celle de la rémunération du risque financier pris par un établissement dans une situation d'incertitude complète. Il est vraisemblable que tous les établissements n'acceptent pas le même niveau de risque du fait, par exemple, de caractéristiques structurelles différentes (taille, budget,...).

Le pourcentage représentatif des activités de recours est essentiellement lié à la reconnaissance des centres de référence ou exerçant une mission de recours telle que le ministère peut le définir. Il illustre la volonté d'identifier spécifiquement ces éléments en tant que consommateurs de ressources supplémentaires par rapport à un centre lambda pour y associer un financement adapté.

Enfin la recherche occupe une part plus modeste dans la répartition du surcoût total. De fait, tous les services ne développent pas nécessairement des activités de recherche et globalement, l'effort de recherche semble très inégalement réparti.

IV.3.3 Des résultats ne couvrant pas l'intégralité des 13%

Le total des coûts évalués concernant les missions spécifiques du CHU de Bordeaux représente deux tiers (2/3) du montant correspondant aux « 13% ».

L'exercice d'identification de ces missions spécifiques laisse en effet supposer que les frontières de chacune de ces missions ne sont pas forcément bien stabilisées et que, lorsqu'elles peuvent l'être, des difficultés de valorisation ne permettent pas de rendre compte de l'intégralité des composantes.

La question de l'identification des missions spécifiques du CHU

Concernant la difficulté à délimiter les frontières de l'observation, le cas de l'innovation est exemplaire. Le plus souvent, les pratiques définies comme innovantes sont le fruit d'initiatives individuelles ou collectives d'équipes du CHU dont on ne sait pas, au moment où commence l'activité qu'elles se concrétiseront réellement en pratiques innovantes, plus tard généralisables dans la pratique quotidienne. Dans ce contexte, le repérage de l'ensemble des composantes d'une stratégie d'innovation est complexe, puisqu'il nécessite de « remonter dans le temps ». Il souligne également les limites d'un exercice de comparaison des pratiques d'innovation d'un établissement à un autre, car, au delà du flou des frontières délimitant cette activité, toutes les pratiques d'innovation ne se ressemblent pas : tout se passerait comme si au sein des pratiques innovantes, certaines seraient plus innovantes que d'autres en fonction de la capacité d'un établissement à prendre un niveau plus ou moins important de risque financier. La question des indicateurs de mesure de cette mission s'en trouve renforcée si on ne peut développer une enquête de terrain, discipline par discipline, pour en évaluer précisément le volume. Un indicateur pourrait être trouvé dans la politique d'investissement en équipements innovants.

Jusqu'à présent financée par le tarif à l'activité, la mission recours présente les mêmes difficultés de délimitation de champ. L'effort actuel du ministère pour définir les activités dites de recours permet de mieux en cerner les contours. Cela permet de valoriser le recours par le biais du budget de fonctionnement des centres de référence, sans pour autant assurer que ce budget couvre l'ensemble des consommations. Il conviendrait donc de définir plus précisément des indicateurs reflétant la complexité de l'activité de recours qui couvre non seulement du soin, mais aussi de l'expertise, de l'organisation de prise en charge coordonnée, de la formation, de l'information....

L'enseignement et la recherche semblent plus faciles à identifier même si, pour l'enseignement, la part qui est réalisée au lit du malade reste toujours difficile à isoler de l'activité soins qui s'y rattache. Le nombre d'étudiants de 2ème cycle en formation à l'hôpital permet toutefois d'identifier cette activité de formation au lit du malade. De la même manière, l'activité recherche est également en partie diluée dans l'activité soins, dès lors qu'il s'agit de recherches dites « spontanées », ne relevant pas d'un cadre formalisé, mais consommatrices de ressources (recherches engagées dans la perspective d'une thèse par exemple, mobilisant

du temps médecin). Cette part de l'activité recherche peut être en partie renseignée par le nombre de médecins hospitalo-universitaires insérés dans des structures de recherche ou par les contrats d'interface passés avec des promoteurs extérieurs type CNRS ou INSERM, pour l'activité recherche des praticiens hospitaliers. La production scientifique, le montant des PHRC, des appels d'offre internes ou externes et des contrats de recherche sont également des indicateurs qui semblent fiables pour la partie « officialisée » de la recherche.

La question de la valorisation de ces missions

L'évaluation des missions spécifiques du CHU de Bordeaux rencontre les difficultés habituellement reconnues de cet exercice. Plus spécifiquement, il permet de souligner trois éléments participant à cette complexité : la qualité du système d'information existant, la méthodologie empruntée et enfin l'objectif poursuivi par cet exercice d'évaluation.

L'évaluation dépend étroitement du système d'information existant :

Une comptabilité analytique développée permet d'identifier un certain nombre de dépenses, mais n'est pas suffisante pour en assurer une évaluation complète.

Des estimations d'experts, fondées sur des extrapolations à partir des données de la comptabilité analytique sont également nécessaires. Elles introduisent alors des hypothèses de consommation des ressources « toutes choses étant égales par ailleurs », c'est-à-dire notamment en faisant l'abstraction des dysfonctionnements d'organisation par exemple. C'est le raisonnement sous-jacent à l'évaluation de la charge d'enseignement du centre dentaire : on a considéré que ce qui ne correspond pas, dans le budget du centre, à des consommations directement reliées aux soins couvrent intégralement les frais engendrés par l'autre activité du centre, à savoir l'enseignement.

Pour certains items, les estimations d'expert sont insuffisantes et des enquêtes complémentaires sur le terrain s'avèrent nécessaires. La répartition des dépenses de personnel en fonction des différentes missions relève spécifiquement de ce type de procédure d'investigation. On sait en effet que le personnel médical par exemple, à partir d'un certain niveau de responsabilité, est particulièrement impliqué dans une multitude de tâches qui dépasse largement les activités de soins d'enseignement ou de recherche (participation aux commissions, à des jurys, à la gestion de l'hôpital...). Ce partage du temps de travail est d'autant plus difficile à évaluer qu'il est propre à chaque personne. L'exploitation des tableaux de services devrait pouvoir informer cette répartition si ces relevés d'information étaient effectivement disponibles. Plus généralement, pour renseigner le coût de revient d'une activité, ce sont des enquêtes ponctuelles, mais précises qui devraient être développées. La question que pose ce type de méthodologie est alors le choix de la cible (quels services investiguer au niveau des prestations directes et au niveau des prestations indirectes), de la période, du degré d'exhaustivité...etc. Il convient en effet de développer un outil à la hauteur des objectifs poursuivis tout en prenant en considération son coût de développement et d'implantation.

Il reste également le cas des ressources utilisées dans le cadre de conventions informelles, « historiques » qui, du coup, ne sont pas envisagées d'emblée comme composantes du coût de

ces missions. La question des locaux illustre cette problématique pour le CHU de Bordeaux. Là aussi, des enquêtes complémentaires seraient nécessaires.

L'évaluation des missions spécifiques repère les charges, mais rarement les gains liés à l'activité déployée. Si cette problématique est aujourd'hui développée concernant le surcoût que représenterait les internes, elle devrait également être explorée pour la recherche : les investissements réalisés dans ce cadre (plateaux techniques...) peuvent faire apparaître des gains, notamment lorsque l'opération se déroule avec des partenaires extérieurs à l'hôpital et que ceux-ci, en contrepartie de l'utilisation du plateau technique, fournissent l'hôpital en matériel ou prestations spécifiques dans des conditions différentes de celles du marché.

Enfin, l'évaluation actuellement développée de ces missions est essentiellement une évaluation de type comptable, saisissant les ressources consacrées a posteriori sans poser la question de l'allocation optimale. En d'autres termes, n'est pas posée la question du coût d'opportunité des ressources ainsi utilisées : d'une manière générale, n'est pas évalué le manque à gagner pour l'hôpital de l'utilisation effective des ressources disponibles. C'est le raisonnement qui est tenu pour évaluer le surcoût des hospitaliers universitaires dans les disciplines biologiques. Un autre domaine où ce type de raisonnement est approché concerne les dépenses engendrées par l'activité du personnel médical (PH) ou administratif (secrétaire hospitalière) pour des fonctions qui ne correspondent pas à leurs missions (enseignement pour les PH ou gestion des activités de recherche du chef de service pour la secrétaire hospitalière). Encore faudrait-il pouvoir évaluer l'incidence de ce temps d'enseignement sur le fonctionnement du service.

D'une manière générale, l'absence de considération de ce poste conduit à sous-évaluer notablement les coûts induits par les activités spécifiques des CHU : aux Etats-Unis, le taux forfaitaire appliqué pour ces missions a été calculé sur la base d'une évaluation des coûts spécifiques que l'on a doublé pour prendre en compte ces manques à gagner. Il en va de la capacité des établissements à s'engager dans une réelle politique d'allocation des ressources visant à générer des gains de productivité.

CONCLUSION

Les quatre monographies effectuées confirment les résultats mis en valeur par le travail effectué précédemment sur le CHU de Nancy et montrent la difficulté sérieuse que présentent l'identification et la valorisation des transferts économiques entre l'hôpital et l'université.

Le problème de l'information est récurrent. Aucune des données que nous avons identifiées comme nécessaires à l'avancement de l'étude, en première instance, n'est apparue comme immédiatement disponible. Dans les deux cas, où les données ont été collectées directement auprès des acteurs concernés, les réponses sont loin d'être exhaustives et beaucoup de données sont manquantes, en dépit de l'aide importante dont nous avons disposé auprès de nos correspondants locaux. Si les personnels qui font de l'enseignement peuvent être décomptés, le temps passé à faire de l'enseignement est mal connu. Le caractère multicentrique des essais cliniques rend leur connaissance imprécise. Les inventaires des locaux font défaut... Les entretiens auxquels nous avons procédé montrent, en définitive, que les transferts sont mal connus et souvent peu codifiés.

Le travail d'identification des transferts ou de définition du périmètre des échanges économiques a été relativement plus aisé que celui de la valorisation de ces transferts, qui a mis en avant des opinions différentes sur les normes de référence et le caractère symbolique de certains transferts, aux yeux des acteurs de terrains. L'exercice auquel nous avons procédé s'apparente à du « dire d'experts » conforté par les chiffres disponibles mis à notre disposition par nos correspondants.

Dans les quatre sites, les transferts observés sont bilatéraux, mais avec un bénéfice global à l'avantage de l'hôpital, sans qu'il soit possible de valoriser très précisément celui-ci.

En matière de locaux, le périmètre des transferts est simple à identifier et les problèmes liés à la responsabilité des locaux incitent à une telle identification. Les transferts s'effectuent dans l'ensemble de l'hôpital vers l'université, sous forme de mise à disposition de locaux pour l'enseignement et la recherche. Cette mise à disposition ne donne généralement pas lieu à des loyers, mais à des compensations financières, à une participation à l'entretien ou aux frais généraux. L'accord plus ou moins formel qui s'établit et la situation généralement stable qui en résulte ne se construit pas par référence au prix de marché.

Pour ce qui est du personnel, les transferts sont bilatéraux et s'effectuent plutôt au bénéfice de l'hôpital ; de l'hôpital vers l'université pour ce qui est des infirmières, secrétaires et personnels techniques, de l'université vers l'hôpital pour les hospitalo-universitaires. Toutefois, la référence à une norme implicite de partage de l'activité hospitalo-universitaire (50% enseignement/recherche, 50% activité clinique) surdétermine la valorisation de ces transferts.

En matière de recherche, la complexité institutionnelle est très forte. La typologie établie (entre transferts historiques, montages ad hoc, prestations de services et partenariats durables)

fait apparaître tout d'abord que, lorsque les partenaires hospitaliers et universitaires s'accordent pour dire qu'il y a prestation de service, un tarif est également défini. En second lieu, les partenariats durables font appel à des financements divers, croisés et le souhait de clarifier les apports de chacun est un objectif secondaire par rapport à la bonne conduite du projet. Enfin, les coopérations ponctuelles donnent lieu à une très grande créativité et une très grande diversité dans les modalités de financement et de gestion. C'est dans le champ de la recherche que la notion de transferts apparaît comme la plus limitée.

En effet, le CHU est une organisation économique complexe. Il a fait l'objet, dans le cadre de cette étude, d'une approche économique restreinte aux transferts économiques entre ses deux composantes principales. L'analyse économique de l'ensemble de cette organisation reste à faire. Quel type d'acteur économique est le CHU, quelle est sa production, quels sont ses circuits de financements, où s'effectue la gestion économique des différentes fonctions, quel est le mode de gouvernance actuel ?

ANNEXES

Annexe 1. Liste des personnes interviewées (titre 2)

Centre hospitalier Kremlin-Bicêtre et Université Paris-sud 11

Administration de l'université

- M. Bardou, secrétaire général de la faculté de médecine Paris-sud 11.
- Mme Fournier, responsable du service du personnel et de la communication.

Administration de l'hôpital

- M. Ventura, directeur général adjoint, directeur de la stratégie, de la politique médicale de la prospective et de la recherche clinique.
- Mme Grassart, responsable du personnel médical

Personnel hospitalo-universitaire

- Mme le Pr. Raphaël, chef du service d'hématologie et d'immunologie biologique, Présidente du Conseil scientifique de l'université Paris-sud 11.
- M. le Pr. Bobin, chef du service ORL et de chirurgie cervico-faciale, membre du conseil de la Faculté, directeur pédagogique du service commun de la formation continue et de la VAE.
- M. le Pr. Mariette, chef du service de rhumatologie, président de la commission recherche du comité consultatif médical.
- M. le Pr. Becquemont, chef de service de pharmacologie biologique, responsable médical de l'unité de recherche clinique.

CHU hospices civils de Lyon

Université

- M. le Pr. Debouzie, président de l'université.
- M. le Pr. Mauguère, doyen de la faculté de médecine Lyon-Nord.
- Mme Virieux, secrétaire générale adjointe santé

Hôpital

- Mr Grisoni directeur général délégué des hospices civils de Lyon.
- M. Mornex, vice-président du conseil scientifique chargé de la recherche
- Mme Gelpi, délégation à la recherche clinique le jeudi 7 octobre
- M. Posa, directeur de la filiale EZUS, lundi 11 octobre

- M. le Pr. Salles, président de la commission scientifique et de la recherche.

Centre hospitalier Saint-Louis et l'université Paris 7

- M. Roqueplan, secrétaire général de l'université Paris 7- Jussieu.
- M. Nicolas, directeur adjoint aux finances, Hôpital Saint Louis.

CHU Hôpitaux de Bordeaux

Université

- M. Fillatreau, directeur des affaires médicales et de la recherche clinique.
- Mr Viguiier, directeur des affaires financières du CHU de Bordeaux

Hôpital

- Mme Duffau, secrétaire générale de l'université Victor Ségalen-Bordeaux 2
- M. le Pr. Marthan, laboratoire de physiologie cellulaire respiratoire, conseiller auprès du président de l'université pour la recherche médicale.

Annexe 2. Guides d'entretien sur les différents types de transferts

Guide d'entretien sur les transferts économiques en matière de personnel au CHU Kremlin-Bicêtre

Le personnel hospitalo-universitaire

Estimation du budget en terme de personnel

- Quel est le nombre d'hospitalo-universitaires à l'Hôpital Bicêtre ?
- Quel est leur nombre dans chacune des catégories statutaires : PU/PH, MCU, les praticiens hospitaliers universitaires (qui sont titulaires), les chefs de clinique et les assistants hospitaliers universitaires (qui font partie des non titulaires) ?
- Peut-on connaître l'indice moyen de rémunération de chacune de ces catégories ? Que représentent-ils en terme de masse salariale ?

Estimation du temps de travail

Typologie des activités

- Pour les personnels hospitalo-universitaires, quelles sont les activités qui relèvent de l'activité hospitalière ?
- Quelles sont les activités qui relèvent de l'activité universitaire ?

Répartition de référence du temps de travail ?

- Pour la répartition du temps des hospitalo-universitaires entre leurs différentes missions l'université a-t-elle une politique spécifique à ce sujet ?
- Des principes généraux ont-ils été établis ou laisse-t-on chaque hospitalo-universitaire définir lui-même la répartition de ses activités ?
- Quelle serait, selon vous, une répartition acceptable entre ces deux activités ?

Répartition réelle

- Pouvez-vous évaluer personnellement la répartition moyenne du temps des hospitalo-universitaires entre leur activité hospitalière et leur activité universitaire ?
- Quant à la répartition du temps de travail des hospitalo-universitaires, est-ce que les situations individuelles sont très hétérogènes ?
- Est-ce que le temps consacré à une mission est-il sacrifié au profit d'une autre ? Si oui, laquelle et pour quelles raisons ?

Tentative d'explication de la répartition réelle du temps de travail

- Les praticiens hospitaliers respectent-ils strictement leur temps de travail, contraignant alors les hospitalo-universitaires à étendre leur temps de travail pour compenser ?

- La mise en place des 35 h dans la fonction publique hospitalière et le repos compensatoire ont-ils modifié la répartition du temps de travail des hospitalo-universitaires ? Si oui dans quel sens ?

Le personnel IATOSS

- Existe-t-il à votre connaissance des mises à disposition de personnels universitaires (financés par l'université) au profit de services hospitaliers ? En dehors d'une mise à disposition, certains personnels universitaires consacrent-ils une partie de leur temps de travail à des tâches hospitalières ?

- Existe-t-il à votre connaissance des mises à disposition de personnels hospitaliers (financés par l'hôpital) au profit de services universitaires ? En dehors d'une mise à disposition, certains personnels hospitaliers consacrent-ils une partie de leur temps de travail à des tâches universitaires ?

Le personnel praticien hospitalier

- Combien y a-t-il de PH qui pratiquent des activités cliniques à l'hôpital du Kremlin Bicêtre ?

- Certains ont-ils des charges d'enseignements à l'université ? (faire la distinction entre l'enseignement à l'université et les enseignements « au lit du malade »)

- Quel est le montant total des heures d'enseignement effectuées par les PH à l'université ?

- Sont-ils rémunérés en totalité des heures effectuées, en partie ou pas du tout ?

Formation continue

- De quel personnel l'hôpital finance-t-il de la formation continue ? Selon quelles modalités ?

- Surtout, comment est assurée la prise en charge de la formation continue du personnel hospitalier ? Si elle l'est conjointement par l'hôpital et l'université, selon quelle répartition ?

- Comment est-elle financée ? Les hospitalo-universitaires qui enseignent dans ce cadre sont-ils rémunérés et comment ?

- Des circuits associatifs prennent-ils en charge la formation continue ?

- Lorsque la formation continue se déroule à l'université, l'hôpital bénéficie-t-il de tarifs préférentiels ?

- Existe-t-il des conventions de prestation contractuelle entre l'université et l'hôpital dans des cas particuliers (ex : formations spécifiques, branche d'enseignement : orthophonie) ?

Guide d'entretien sur les locaux au CHU Lariboisière-Saint Louis

- De combien de salles (mètres carrés) **dédiées à l'enseignement** l'université est-elle propriétaire (locaux techniques exclus) ?
- Parmi ces salles (mètres carrés), combien sont utilisées exclusivement par l'université ?
- Parmi ces salles (mètres carrés), combien sont utilisées conjointement par l'université et par l'hôpital ?
- Pour combien de ces salles (mètres carrés), l'utilisation ne peut-elle être déterminée ?
- De combien de salles (mètres carrés) **dédiées à la recherche** l'université est-elle propriétaire (locaux techniques exclus) ?
- Parmi ces salles (mètres carrés), combien sont utilisées exclusivement par l'université ?
- Parmi ces salles (mètres carrés), combien sont utilisées conjointement par l'université et par l'hôpital ?
- Pour combien de ces salles (mètres carrés), l'utilisation ne peut-elle être déterminée ?
- De combien de salles (mètres carrés) **dédiées à l'enseignement** l'hôpital est-il propriétaire (locaux techniques exclus) ?
- Parmi ces salles (mètres carrés), combien sont utilisées exclusivement par l'hôpital ?
- Parmi ces salles (mètres carrés), combien sont utilisées conjointement par l'hôpital et par l'université ?
- Pour combien de ces salles (mètres carrés), l'utilisation ne peut-elle être déterminée ?
- De combien de salles (mètres carrés) **dédiées à la recherche** l'hôpital est-il propriétaire (locaux techniques exclus) ?
- Parmi ces salles (mètres carrés), combien sont utilisées exclusivement par l'hôpital ?
- Parmi ces salles (mètres carrés), combien sont utilisées conjointement par l'hôpital et par l'université ?
- Pour combien de ces salles (mètres carrés), l'utilisation ne peut-elle être déterminée ?

- De combien de salles (mètres carrés) **dédiées aux soins** l'hôpital est-il propriétaire (locaux techniques exclus) ?
- Parmi ces salles (mètres carrés), combien sont utilisées exclusivement par l'hôpital ?
- Parmi ces salles (mètres carrés), combien sont utilisées conjointement par l'hôpital et par l'université ?
- Pour combien de ces salles (mètres carrés) l'utilisation ne peut-elle être déterminée ?

Guide d'entretien sur la recherche et sa valorisation au CHU de Lyon

La recherche médicale

- Existe-t-il une politique commune de la recherche médicale entre l'hôpital et l'université ?
- Quel est le rôle joué par la commission scientifique de la recherche ? Est-ce une structure d'expertise, de proposition ?
- Le comité décisionnel de la recherche est-il l'organe principal pour le choix des stratégies en terme de recherche médicale ? En son sein, siège-t-il des représentants de l'université ?
- Inversement, au sein du conseil scientifique de l'université siège-t-il des représentants des instances hospitalières, des EPST ?
- Comment fonctionne le comité de coordination de la recherche ? Quel est la place des trois partenaires : HCL, Inserm, UCB ?
- Tous les services hospitaliers participent-ils à la recherche clinique ? Existe-t-il un inventaire des différents laboratoires ?
- Comment définissez-vous une équipe de recherche clinique (composition, mode de collaboration avec les laboratoires universitaires ou EPST) ? Comment ces équipes participent-elles au PHRC ?

Les échanges entre l'université et l'hôpital

- Combien d'ETP universitaire sont affectés à l'hôpital sans fléchage recherche contractualisée ? Combien d'ETP hospitaliers sont affectés à l'université sans fléchage recherche contractualisée ?
- Combien de montages financiers sont en cours pour l'année 2004 ? Pour chacun des projets quelle est la part, dans le budget de ce projet, apportée par : l'université, l'hôpital, les autres partenaires ? Pour chacun des projets quelle est l'utilisation réelle qui en a été faite (par rapport à celle qui était prévue) par : l'université, de l'hôpital, par les autres partenaires ?
- Combien y a-t-il de plates-formes de services communs dans le domaine de la santé ? Pour chacune des plates-formes génère-t-elle des flux entre l'hôpital et l'université ? Pour quel

montant ? Pour chacune des plates-formes génère-t-elle des flux entre l'université et l'hôpital ? Pour quel montant ?

- Combien y a-t-il d'équipes de recherche engagées dans un partenariat avec des services hospitaliers ? Pour chacune de ces équipes, pouvez-vous identifier la provenance des différentes ressources ?

Guide d'entretien pour Bordeaux

- Question 1 : Quel est le coût supporté par le CHU pour ces formations paramédicales ?

- Question 2 : Afin d'évaluer précisément le coût pour les différents hôpitaux de ces équipes de recherche, il serait intéressant de connaître la localisation des ces équipes au sein des différents hôpitaux et d'estimer le budget de fonctionnement de ces équipes en termes de locaux, d'équipements, d'entretien...

- Question 3 : De quels hôpitaux dépendent chacune des UFR médicales ?

- Question 4 : Quel est le budget de l'hôpital pour les centres de référence ?

- Question 5 : Est-il possible de valoriser la mission d'expertise du CHU ?

- Question 6 : Quel est le budget d'investissement en équipements innovants du CHU ?

Annexe 3. Questionnaire sur la répartition de l'activité hebdomadaire (CHU Kremlin-Bicêtre)



INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES ET ÉCONOMIQUES DE LA SANTÉ

Fonction exercée :

| | | | | |
|---------|-----------------------|-----|-------------|-----------|
| PC-RE | <input type="radio"/> | } → | Méd. INTÉ : | |
| MEC-RE | <input type="radio"/> | | | |
| CCAM-RE | <input type="radio"/> | | | |
| RE | <input type="radio"/> | | | |
| | | | → | Échelle : |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Service : (écritez dans le cas contraire le service dans le quel vous effectuez votre activité) | | | | | | | | |
| Activités | Combien d'heures consacrez-vous par semaine à cette activité ? (sur 1 semaine) | Si oui, vous êtes quel cadre/cadre/cadre ? | | Si vous pouviez améliorer le temps consacré à cette activité, souhaitez-vous y consacrer : | | | | |
| | | Universitaire | Hospitalier | Beaucoup moins de temps | Moins de temps | Autant de temps | Plus de temps | Beaucoup plus de temps |
| Soins | | | | | | | | |
| Soins, bloc | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pluridisciplinaire | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consultations | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tâches administratives (réunions, rapports, etc...) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enseignement | | | | | | | | |
| <i>Dans les locaux universitaires</i> | | | | | | | | |
| Cours magistral | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Encadrement de thèses (ME, EP...) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Déparation de cours | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Dans les locaux hospitaliers</i> | | | | | | | | |
| Encadrement hors de l'activité clinique (visite, bloc...) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Staff | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cours aux internes et/ou externes | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Recherche | | | | | | | | |
| <i>Avec un labo universitaire</i> | | | | | | | | |
| Avec l'Inserm ou le CNRS | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Recherche clinique hospitalière | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Recherche avec l'industrie | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre activité hebdomadaire globale | | | | | | | | |
| Commentaires | | | | | | | | |

En noir, indiquez les données les plus importantes

Le questionnaire rempli peut être envoyé par e-mail à : plm@univ-paris1.fr

ou par voie postale à : Mmes Ingrid LEBLANC, Université Paris-Dauphine, Bureau de Recherche de Santé de l'Université Paris-Dauphine, 11

Annexe 4: Fiche d'identification des laboratoires de recherche du CHU de Lyon

FICHE EQUIPE DE RECHERCHE

Nom de l'équipe et chef de service :

Discipline:

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. Personnels | | _ _ _ ETP totaux | |
| Personnel hospitalo-universitaire | | _ _ _ ETP totaux | |
| PU-PH | | _ _ _ ETP | |
| MCU-PH | | _ _ _ ETP | |
| CCA /AHU | | _ _ _ ETP | |
| Personnel hospitalier | | _ _ _ ETP totaux | |
| Praticiens hospitaliers (PH) | | _ _ _ ETP | |
| Personnel paramédical | | _ _ _ ETP | |
| Personnel universitaire | | _ _ _ ETP totaux | |
| Titulaires PU | | _ _ _ ETP | |
| Titulaires MCU | | _ _ _ ETP | |
| IATOSS | | _ _ _ ETP | |
| Doctorants/post-Doctorants | | _ _ _ ETP totaux | |
| 2. Locaux de recherche | | _ _ _ _ m ² de surface totale | |
| Surface universitaire : | | _ _ _ _ m ² (précisez si SHON ou autre) | |
| Surface hospitalière : | | _ _ _ _ m ² | |
| Ventilation financière: | Loyer annuel payé à l'Université: | € | |
| | Loyer annuel payé à l'Hôpital : | € | |
| 3. Relations avec un / des service(s) hospitalier(s) | | | |
| Quel(s) service(s) ? | Partenariat durable ¹ | Collaboration régulière ² | Collaboration occasionnelle ³ |
| Service 1 :..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Service 2 :..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Service 3 :..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Service 4 :..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'équipe appartient-elle à une structure de type IFR ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, laquelle ?..... | | |
| 4. Modes de financement de l'équipe en 2004 | | | |
| <i>Universitaire</i> | | | |
| Contrat quadriennal de recherche | _ _ _ _ _ | € | |
| Bonus qualité recherche | _ _ _ _ _ | € | |
| <i>Hospitalier</i> | | | |

¹ L'équipe de recherche et le service hospitalier collaborent de façon permanente, éventuellement dans le cadre d'une convention

² L'équipe de recherche et le service hospitalier collaborent sur deux ou plus projets par an

³ L'équipe de recherche et le service hospitalier collaborent sur au plus un projet par an

| | |
|---------------------------------------------|------------------|
| PHRC | _ _ _ _ _ _ _ € |
| STIC | _ _ _ _ _ _ _ € |
| Appel d'offre HCL +/- UCBL, Inserm, CNRS | _ _ _ _ _ _ _ € |
| <i>Autres</i> | |
| Conventions loi Huriet | _ _ _ _ _ _ _ € |
| Contrats de recherche | _ _ _ _ _ _ _ € |
| Subventions | _ _ _ _ _ _ _ € |

Fiche Plates-formes de recherche : financement et utilisation

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ▪ Nom du projet ou de la plate-forme : | | | |
| ▪ Quelle est sa localisation ? | | | |
| ▪ Objet du projet ou de la plate-forme : | | | |
| 1. Budget d'investissement global pluriannuel (en €) en cours en 2004 et durée de l'opération : | | | |
| ▪ La plate-forme ou le projet a t'il fait l'objet d'un investissement en 2004 : | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| ▪ Si oui, s'agit-il d'un investissement initial <input type="checkbox"/> | | ou d'un investissement complémentaire <input type="checkbox"/> | |
| | Budget total pluriannuel (en €) | durée (en années) | |
| UCBL | | | |
| HCL | | | |
| Etat (y compris EPST) | | | |
| collectivités locales | | | |
| Autres | | | |
| Total | | | |
| 2. Propriété de la plate-forme et proportion : | | | |
| - Quelles sont les institutions propriétaires de la plate-forme et dans quelle proportion : | | | |
| ▪ UCBL | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | % | |
| ▪ HCL | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | % | |
| ▪ Autres | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | % | |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Utilisation de la plate-forme | | |
| - La plate-forme était-elle opérationnelle en 2004 : | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Y a-t-il une convention encadrant l'utilisation de cette plate-forme ? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Cette plate-forme peut-elle ou pourra t'elle être utilisée : | | |
| par l'université | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| par l'hôpital | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, <input type="checkbox"/> pour les soins <input type="checkbox"/> pour la recherche |
| - L'utilisation de cette plate-forme entraîne-t-elle ou entraînera t'elle le versement ? | | |
| • <u>d'un loyer</u> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | si oui, versé à : |
| A quel tarif (préciser si les tarifs sont différents selon l'utilisateur) : | | |
| Tarif 1 : | euros / / | S'applique à : |
| Tarif 2 : | euros / / | S'applique à : |
| Tarif 3 : | euros / / | S'applique à : |
| Quel est le montant total annuel de la location pour 2004 payé par: | | |
| l'université : | euros | |
| l'hôpital : | euros | |
| • <u>d'une indemnité forfaitaire</u> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Quel est le montant total annuel pour 2004 payé par: | | |
| Université : | euros | |
| Hôpital : | euros | |
| • <u>d'une autre contrepartie financière</u> , y compris consommables, logistique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Quel est le montant total annuel pour 2004 payé par: | | |
| Université : | euros | |
| Hôpital : | euros | |
| Selon quelles modalités de tarification? | | |
| | | |
| | | |
| - L'utilisation de cette plate-forme peut-elle ou pourra t'elle être faite à titre gratuit? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, dans quel(s) cas? | | |
| | | |
| Y a t'il ou y aura-t-il des contreparties autres que financières? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, lesquelles? | | |

Annexe 5. Fiche de caractérisation du financement des équipes de recherche (Bordeaux)

Nom de l'équipe et du chef de service :

Discipline:

1. Personnels |_|_|_| ETP totaux

Médical hospitalier non universitaire |_|_|_| ETP totaux

PH |_|_|_| ETP

Internes |_|_|_| ETP

Thésards / post-doctorants |_|_|_| ETP

Non médical non universitaire |_|_|_| ETP totaux

Infirmière |_|_|_| ETP

Techniciens de labo |_|_|_| ETP

Secrétaire |_|_|_| ETP

2. Locaux |_|_|_|_| m² de surface totale

Surface hospitalière : |_|_|_|_| m²

Ventilation

financière: Loyer annuel payé à l'hôpital €
Loyer annuel payé par l'hôpital à une autre institution €

Entretien

courants des locaux

Payé par l'hôpital OUI NON

Payé par l'Université OUI NON

Autre Précisez

Rénovation des locaux

Payé par l'hôpital OUI NON

Payé par l'Université OUI NON

Autre Précisez

Paiement des charges (fluides)

Payé par l'hôpital OUI NON

Payé par l'Université OUI NON

Autre Précisez

3. Modes de financement de l'équipe

Universitaire

Plan quadriennal |_|_|_|_|_| €

Bonus qualité recherche |_|_|_|_|_| €

Hospitalier

PHRC |_|_|_|_|_| €

STIC |_|_|_|_|_| €

Appel d'offre HCL +/- UCBL, Inserm, |_|_|_|_|_| €

CNRS

Autres lignes budgétaires hospitalières

Financement d'équipement |_|_|_|_|_| €

Entretien d'équipement ... |_|_|_|_|_| €

4. Modes de financement des équipements