

Recherche biomédicale : « Ce sujet, il faut vous l'approprier » (G. Gellé aux présidents d'université)

News Tank Éducation & Recherche -
Paris - Actualité n°329272 - Publié le 24/06/2024 à 17:30

Imprimé par Xavier Teissedre - abonné #13929 - le 28/06/2024 à 09:02



Présentation du plan de rénovation de la recherche biomédicale devant France Universités - © News Tank



Écoutez la synthèse

00:00

00:00  

« La question de la santé n'est pas réservée aux universités avec santé, encore moins aux universités avec santé présidées par un hospitalo-universitaire. Il faut vraiment alerter les nouveaux présidents à la tête d'une université pluridisciplinaire avec santé. Ce sujet, il faut vous l'approprier », déclare [Guillaume Gellé](#), président de France Universités, lors d'une AG où était présenté le plan de rénovation de la recherche biomédicale, le 20/06/2024.

Il annonce la préparation d'un volet formation pour les présidents. « Selon l'actualité à la rentrée, nous organiserons cette session dès que nous aurons eu un renouvellement assez important pour les présidents des universités pluridisciplinaires avec santé qui ne sont pas issus de la santé. Il y a aussi une forme de rapport de force avec les doyens, puisque nous sommes régis par des textes antérieurs donnant des prérogatives aux doyens ».

« La commission santé est à la disposition de l'ensemble des présidents membres de France Universités qui demandent de l'aide », ajoute [Macha Woronoff](#), sa présidente.

Le plan de rénovation de la recherche biomédicale liste des mesures opérationnelles pour faire face à deux constats : « une très grande désorganisation et un sous-financement », indique [Manuel Tunon de Lara](#), co-auteur du rapport avec [Anne-Marie Armanteras](#), et ancien président de France Universités.

« Le sens de la contractualisation entre université et CHU (Centre hospitalier universitaire), au-delà de la composante de santé, me paraît être l'élément phare de votre rapport. C'est vers là qu'il faut aller », réagit [Régis Bordet](#), président de l'Université de Lille.

Mais il ajoute être « moins optimiste sur la réduction de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) à une agence de programme en santé. Il y aura une forte résistance pour que l'Inserm reste un opérateur de recherche ».

Agence de programmes en santé : « Une double courbe d'apprentissage »

Selon Manuel Tunon de Lara, « la question de la désorganisation se traite à deux niveaux ». Au niveau national, « un pays comme la France devrait avoir une agence de recherche en santé qui pilote les grandes orientations de recherche et qui les finance. Parce que si on dissocie les programmes de recherche du financement, on refera comme dans Aviesan (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé) qui d'une part n'avait pas d'existence institutionnelle et surtout pas de moyens pour les programmes, et c'était vrai pour les autres agences. Et l'agence de recherche qui est la plus à même de jouer ce rôle, c'est l'Inserm ».

Mais cela nécessite « une double courbe d'apprentissage ». D'une part, « celle de l'Inserm qui, en devenant agence de programmes, ne peut plus être l'opérateur que nous connaissons :

- Il faudrait qu'une agence nationale soit un opérateur national, que l'Inserm soit en responsabilité des grandes infrastructures au niveau national, des cohortes, des réseaux F-crin et Ecrin (European Clinical Research Infrastructure Network), des articulations entre les réseaux européens et le pays.
- Mais cette même agence, qui finance et qui oriente, ne peut pas être en charge de la gestion des unités que vous hébergez en s'occupant du pourcentage de gestion, de l'affectation des ingénieurs, de l'affectation d'un certain nombre de financements qui viennent tous de l'État et qui diminuent à la portion congrue des orientations que vous avez à traiter chaque jour sur vos sites, sous l'insistance d'Inserm transfert qui va vouloir donner le partage de la propriété intellectuelle, etc. Ce sont les sources de complexité et surtout de non-optimisation des moyens dont nous disposons ».

D'autre part, « il faut que l'université soit l'opérateur local en responsabilité des équipes de recherche, comme cela se fait dans tous les pays du monde. Nous n'y sommes pas forcément prêts ».

« Et si je fais un mauvais lien avec l'actualité, les universités sont censées être autonomes avec des gens élus à leur tête. Les injonctions de pilotage de l'État doivent être prises avec précaution. Elles nous agacent et nous agaçaient jusqu'à présent. Dans certaines circonstances, ça peut être très grave. Il faut donc vraiment réfléchir à ce qu'est l'autonomie des universités. »

Cela donnerait un « NIH (National Institutes of Health) à la française : le NIH a une partie intra-muros avec les chercheurs de l'agence, et 80 % du NIH est extra-muros et publie des appels à projets pour les universités, avec une séparation très étanche entre les deux. Il est impératif que l'Inserm fasse cela et en tire des conséquences sur le plan de l'innovation et de la propriété intellectuelle.

Comment imaginer une agence qui construit un programme politiquement, le finance et le lendemain prétende avoir la propriété intellectuelle de ce qu'elle a elle-même financé, choisi ? Ce n'est pas possible.

On peut mettre un mouchoir dessus, mais il faut faire très attention à ce que doit être la gouvernance d'une agence de programmes, qui doit avoir les moyens, les orientations de l'État, mais qui doit les articuler avec les établissements ».

Une convention révisée et un contrat de R&I (Recherche et innovation) avec les HU au niveau local

Au niveau local, le rapport propose ainsi :

- « de revoir la convention de structure HU, qui date de 1958 avec une vision de la formation plus que de la recherche. Il faudrait un modèle national où les incontournables de la relation entre un hôpital universitaire et une université doivent apparaître : accueil des publics, patrimoine, terrain d'exercice des universitaires, innovation, relations dans différents domaines. Nous ne pouvons pas avoir un plan d'universitarisation des professions paramédicales, avoir des diplômes délivrés par le ministère de la santé sans que cela soit balisé au niveau hospitalo-universitaire ;
- que les universités avec leur CHU aient un contrat de recherche et d'innovation dans le domaine biomédical : le noyau dur serait l'université et le CHU, mais c'est l'université qui doit être le pilote. Je sais que cela agace les directeurs d'hôpitaux, mais on admet que l'université doit être le chef de file pour la recherche, je vois mal comment on ferait une exception pour la recherche dans le domaine biomédical ».

« En dehors de quelques rares exceptions, le CRBSP, le comité de recherche en matière biomédicale et de santé publique des hôpitaux géré par le directeur d'hôpital et le VP recherche, ne permet pas de piloter la stratégie dans le domaine de la recherche. Il faut un contrat, qui peut être une déclinaison du COM (Contrat d'objectif et de moyens), et où chacun engage les moyens autour d'une stratégie. Aujourd'hui, il y a beaucoup de sites universitaires où il y a deux stratégies. »

Optimiser les moyens en définissant des priorités, en premier lieu sur les HU

« Désorganisation signifie qu'il faut aussi optimiser les moyens que l'on a avant de financer. Cela implique qu'il y ait des priorités », ajoute Manuel Tunon de Lara.

« Une des priorités concerne les hospitalo-universitaires, car ils sont le "manpower" de toute une partie de la recherche dans différents domaines ». Or, ces derniers :

- « sont de moins en moins universitaires, car ils sont accaparés par des missions de soins et administratives ;
- ont un sentiment d'appartenance parfois plus envers l'hôpital que l'université ;
- l'attractivité de leurs carrières devient désastreuse. Ce qui était avant considéré comme une voie royale est aujourd'hui totalement délaissé. Les HU ont un certain nombre de revendications sur les retraites, le temps de travail ;
- devenir HU est une course d'obstacles. Les postes de chef de clinique sont maintenant délaissés au profit des postes d'assistant spécialiste, parce qu'ils peuvent s'installer et avoir accès au secteur privé ».

« Pour réenchanter le cursus hospitalo-universitaire, nous proposons un cursus d'accès fusionnant chef de clinique et praticien hospitalo-universitaire. [...] Les internes doivent faire leur carrière scientifique quand ils le veulent, au milieu de l'internat ou après, mais il faut les accompagner, qu'on finance leur mobilité qui est obligatoire, et qu'il y ait de vrais temps de thèse. Le PhD ne doit pas se faire à la petite semaine pour les HU. »

Il est en outre nécessaire selon lui de sanctuariser du temps académique : au niveau national, en créant plus de postes de HU — « le Premier ministre ne peut pas dire qu'il va augmenter de 10 000 à 16 000 le nombre de médecins sans augmentation des HU », et à l'échelon individuel, en finançant le soin en santé.

Le rapport propose aussi « de nombreuses mesures de simplification réglementaires, d'accès à la propriété intellectuelle, dans le domaine de l'innovation, du traitement des données... »

+1 Md€ pour la Mires (Mission interministérielle recherche et enseignement supérieur) et l'équivalent d'un plan « France 2040 »

Côté financement, « la France manque cruellement de financement privé. Il y a dans le domaine de la santé une hégémonie américaine majeure, maintenant une concurrence chinoise. Un pays comme la France ne peut jouer qu'une carte européenne et doit avoir son attractivité suffisante pour les entreprises innovantes ».

Et face au sous-financement public chronique, « il faudrait :

- +3 Md€ sur 2030-2035 pour la recherche, en considérant que la santé pèse 30 % — ce qui n'est pas beaucoup comparé à d'autres pays où elle peut atteindre 40-50 % ;
- un observatoire de ce que nous dépensons réellement, comme au Royaume-Uni. Les HU ne sont pas comptés dans le jaune budgétaire qui regarde la santé au moment du P.L.F. (Projet de loi de finances). Il faut aussi regarder le privé, le mécénat, les initiatives comme le Téléthon, etc. ;
- augmenter la Mires de 1 Md€ ;
- l'équivalent d'un plan "France 2040" ».

Concernant le financement des CHU, alors que les Merri (Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) représentent 1,9 Md€ en 2023, le rapport propose de reverser entre 10 et 20 % de la somme aux équipes de recherche, contre 4 % actuellement. « Si une université de taille moyenne avec un CHU pouvait redistribuer 2 M€, sur 20 M€, cela représente deux Labex à 1 M€ par an. Nous avons fait l'enquête avec les DG : sur 30 répondants, 15 redistribuent aux équipes, totalisant 25 M€ sur la France entière. Il n'est pas normal que dans un pays moderne une partie de l'Ondam (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) n'aille pas à la recherche, il faut aider les directeurs d'hôpitaux à le faire. »

Enfin, « le PHRC (Programme hospitalier de recherche clinique) (Programme hospitalier de recherche clinique) devrait être géré par l'ANR (Agence nationale de la recherche). Le PHRC, c'est 998 M€ depuis qu'il est né. De 2012 à 2019, 763 projets ont été retenus pour 444 M€ de financement, mais seulement 193 étaient terminés en 2023, soit un taux de réalisation de 25 %. Cela a donné lieu à 140 publications, soit environ 3 M€ par publication. Le problème est que 75 % des études ne sont pas terminées, c'est un écueil majeur. »

© News Tank Éducation & Recherche - 2024 - **Code de la propriété intellectuelle** : « La contrefaçon (...) est punie de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 euros d'amende. Est (...) un délit de contrefaçon toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit, d'une oeuvre de l'esprit en violation des droits de l'auteur. »