

Reflexions sur la relation entre le CHU et l'Université

Etats des lieux et propositions

Le président a chargé notre commission d'une mission ayant pour objectif principal de rendre plus dynamique le lien entre le CHU et l'Université pour mieux accomplir la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

Notre commission va réfléchir aussi sur une éventuelle convention entre CHU et Université.

Cette demande s'inscrit dans une réflexion d'ensemble sur les moyens de remédier aux difficultés de l'hôpital et de l'université.

Ainsi, nous pouvons imaginer le CHU & l'Université comme un couple formé par un centre hospitalier et une université pourvue d'une faculté de médecine ayant passé une convention et dont la triple mission est d'assurer les soins, l'enseignement et la recherche.

Le CHU et l'Université ne sont pas suffisamment incités à passer des alliances : Trois facteurs principaux poussent aujourd'hui à décloisonner l'activité tant de l'hôpital que de l'université :

- L'indispensable développement de l'interdisciplinarité tant en enseignement qu'en recherche.
- La nécessité d'atteindre une masse critique et une visibilité dans le cadre de la compétitivité
- L'obligation de mutualiser les moyens financiers et humains dans un souci d'optimisation de la dépense publique.

La conjugaison de ces trois facteurs conduit à préconiser une approche inter-régionale que l'université ignore encore largement alors que l'hôpital l'intègre de plus en plus.

1. Le mode actuel de relation entre l'hôpital et l'université est obsolète !

La convention datant de 2006 est restée sur papier. Par ailleurs, cette convention ne traite pas la façon dont l'hôpital et l'université envisagent d'assurer leurs missions de soins, d'enseignement et de recherche et aucun document stratégique de ce type n'existe. Dans la mesure où les questions de locaux, d'équipements, de fluides et de répartition des charges n'ont pas été mises à jour, les conventions-déjà limitées dans leur ambition et leur intérêt- ont donc aujourd'hui perdu leur pertinence.

En outre, il n'existe pas de concordance de calendrier entre les différents textes de contractualisation que l'université et le CHU concluent chacun de leur côté. Ces textes de convention doivent donner lieu à l'échange de l'information et à l'élaboration formalisée de projets communs. En plus, nous constatons que les plans d'action universitaires ne prennent pas suffisamment en compte la dimension santé.

Enfin, l'hôpital et l'université ne sont pas incités à mettre en commun leurs moyens et à passer des alliances, que ce soit dans un but d'enseignement (passerelles au premier cycle, mise en commun de moyens pour le deuxième et troisième cycles) ou dans un but de recherche. A ce sujet, il ne faut pas que les conventions restent limitées à des objectifs ponctuels sans faire l'objet d'une stratégie d'ensemble explicite d'enseignement et de recherche.

2. Le CHU et l'Université remplissent leurs missions de façon inégale et aucun système ne les incite à les remplir mieux :

Le CHU et l'Université occupent une place centrale en matière de recherche biomédicale, qu'il s'agisse de recherche biomédicale ou de recherche clinique (essais cliniques effectués dans les services hospitaliers).

2.1 Dans la recherche fondamentale : Il est très difficile de le mesurer à Marrakech mais il faut chercher les structures labellisées et dûment évaluées (publications,). Qu'en-est-il de rendement des laboratoires de la faculté ?

2.2 Pour la recherche clinique : Nous pouvons s'attendre à une bonne répartition dans la mesure ou cette recherche ne réclame pas d'infrastructures lourdes. Mais en réalité à l'intérieur de CHU, seule une partie des sites participe réellement à l'effort de recherche. Dans le même sens, on a toujours traité de la même façon les services actifs et les autres. Pour favoriser la recherche, il faut revenir à un financement plus sélectif.

Aussi, le retard de déblocage des fonds destinés aux équipes de recherche a démotivé en partie certaines équipes de recherche à la faculté de médecine.

3. Le système de formation travaille de façon aveugle, sans s'adapter aux évolutions prévisibles ou nécessaires :

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

3.1 L'appréciation des besoins de formation des professionnels de santé devrait résulter d'une analyse prospective des besoins de santé, qui se déduirait d'elle-même de l'évolution démographique de la population et des professionnels et de l'épidémiologie de certaines pathologies, tant au niveau national que régional. A partir de là, l'offre de formation devrait être modulée en fonction des évolutions souhaitées de l'offre des soins. Or cette modulation n'a pas véritablement lieu, pour des raisons qui tiennent tant à l'insuffisance de la prospective conjointes des 2 ministères.

Par exemple:

- Le nombre des étudiants qui a doublé en médecine alors ni les structures universitaires ni hospitalières n'ont suivies !!
- Le nombre des résidents par spécialité est dictée d'en haut de ministère sans concertation avec le locaux

L'effort de formation n'est pas identique dans toutes les structures tant au niveau quantitatif que qualitatif. Mais surtout au niveau de 3^{ème} cycle que se situent les difficultés faute de quoi de connaissance fine des choix opérés par les futurs spécialistes et faute d'un suivi longitudinal des parcours. On ne sait pas exactement et clairement ou et comment se font les flux de sortie et quelle est la destination des étudiants formés. D'ores et déjà, compte tenu du nombre des résidents en formation et des évolutions démographiques des praticiens, certaines spécialités sont menacées : hématologie, chirurgie pédiatrique, rééducation... ou inexistantes : gériatrie, médecine du travail....

Ces pénuries risquent de perturber gravement les priorités de santé publique dans le domaine du handicap, de la sécurité routière, des personnes âgées et du cancer. Il s'agit avant tout de spécialités d'exercice purement hospitalier qui sont les plus touchées, le CHU se montrant dans l'incapacité de former les personnels dont il a, lui-même, besoin.

3.2 Le personnel qui concourt en pratique à l'enseignement est mal identifié : le temps passé réellement par ces personnes à former des étudiants est difficile à appréhender. D'autre part, les hospitalo-universitaires se partagent entre leurs trois missions, auxquelles s'ajoutent activité administrative, activité libérale ou activité d'intérêt général et expertise, d'autre part des personnels n'ayant pas un statut d'enseignement apportent un concours qui n'est pas mesuré. De ce fait, il est impossible de prévoir l'impact de la croissance des effectifs

étudiants en santé sur les besoins en personnels de formation.

3.3 Les incidences budgétaires de ces évolutions devraient être importantes :

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

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

4. CHU et enseignement :

L'estimation d'un surcoût de dépenses X lié aux charges d'enseignement et de recherche du CHU, outre qu'elle ne repose sur aucune étude précise, ne constitue pas un mode de financement adapté. Son montant X ne peut être tenu pour représentatif de la réalité, compte tenu de la disparité des charges et des moyens d'enseignement et de recherche constatée, d'autant que les coûts de production des établissements dans le cadre de cette tarification sont extrêmement dispersés.

5. Il est donc nécessaire de refonder le lien entre Université et CHU sur des bases claires :

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

- Coût de soins, amélioration de l'accès, qualité des soins.
- Pressions à améliorer la compétitivité et la rentabilité de la recherche dans les établissements
- Réformes de l'enseignement de la médecine

Étant donné les interdépendances de la santé, de l'enseignement et de la recherche dans l'hôpital universitaire, les changements intervenant dans l'un ou l'autre secteur ont d'énormes répercussions sur les autres. Les tensions sont donc générales dans les relations entre l'université et l'hôpital.

Les objectifs définis ne conduisent pas spontanément à une synergie harmonieuse entre les missions et entre les partenaires devenus nombreux, responsables des parties distinctes de la mission tripartite. Les composantes de la mission risquent ainsi de se dissocier.

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

5.1 Les partenaires doivent être bien identifiés et les conditions de convention doivent être précisées :

La place de président d'université doit être explicitée à côté de celle de doyen. Le partenaire véritable de l'hôpital est bien l'université et non sa seule composante médicale. Le rôle et la place de président doivent être prééminents. Ce point est d'autant plus important pour l'enseignement et la recherche que les disciplines de santé sont conduites à s'ouvrir sur les autres grandes disciplines universitaires comme le droit, les sciences,

l'économie ou les sciences humaines et sociales. Enfin, la nécessité pour la recherche et l'enseignement d'atteindre un niveau compétitif plaide également pour un renforcement du pilotage global par le président auquel serait associé le doyen. Les modes de concertation des différents acteurs doivent être formalisés, pour favoriser la transparence.

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

Les établissements ne sont pas équivalents pour chacun des missions et certains manifestent plus de dynamisme que d'autres. Il faut donc redéfinir les périmètres de recherche, les périmètres d'enseignement et ceux de soins en associant des établissements actuellement non CHU de façon stratégique globale pour l'une ou l'autre de ces missions et réévaluer tous les 4 ans les services actifs aux périmètres ainsi définis. Ces périmètres devraient être validés par une autorité externe et des financements spécifiques pourraient être accordés.

5.3 Il convient de mettre fin à certaines fictions historiques :

La triple mission d'enseignement, de recherche et de soins que les hospitalo-universitaires sont censés exercer simultanément apparaît dans la réalité comme une fiction. Très peu nombreux sont ceux qui assurent véritablement simultanément ces trois missions tout au long de leur carrière. En règle générale une ou deux de ces missions l'emportent à un moment au détriment des autres.

En pratique, il faut prendre acte de cette réalité en permettant aux intéressés de mener ces trois missions de manière échelonnée dans le temps et avec des intensités variables.

Le temps hospitalo-universitaire ne fait jamais l'objet d'une évaluation. Mais ce temps illimité ne correspond pas à la réalité. Parallèlement, le temps médical consacré à l'enseignement à l'hôpital n'est pas évalué !!!

Ces constats et propositions devraient refonder le lien entre l'université et le CHU en lui donnant une base stratégique et en favorisant le dynamisme, la complémentarité et la performance des établissements.

Cependant : la mise en cohérence et en synergie ces 2 entités (CHU et Université) qui les composent tant que sur le plan de la mise en œuvre de leurs trois missions de soins, d'enseignement et de recherche que pour le développement et la modernisation de leurs infrastructures immobilières et d'équipement, exigerait une bonne articulation de ces différents documents en terme de calendrier et de contenu. A ce stade, cette articulation, reste très largement à construire.

A propos de la convention :

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

Les facultés de médecine ont disparu en tant que personnes morales indépendantes. Seule l'université représentée par son président détient la personnalité morale.

Le doyen a certes la responsabilité directe mais les aspects patrimoniaux sont du ressort du président et c'est la responsabilité de ce dernier qui est engagé en cas de problème (dommage, accident...).

En outre, l'absence de mise à jour de la convention sur les questions de locaux, d'équipements, de fonctionnements et de fluides (électricité, chauffage, eau...) leur enlève actuellement toute pertinence, pour établir des charges et les responsabilités de chacun. C'est ainsi par exemple, qu'en cas d'accident provoqué par un étudiant, il n'est pas certain que l'une ou l'autre des parties ne soit impliquée bien au delà de ce qu'elle imagine.

La procédure mise en œuvre procède par différentes étapes pour apprécier les forces et les faiblesses de chacun. La négociation de la convention sera le moment d'une rencontre entre les objectifs de chaque établissement, la mise au point et le diagnostic partagé de la situation d'ensemble de ce dernier. Elle comporte elle-même 3 phases:

- la première d'échange global,
- la seconde d'échanges spécialisés
- et la troisième consacrée à la finalisation.

Un règlement intérieur, signé conjointement par les 2 partenaires devait être annexé à la convention.

Conclusion

1. Les liens sur lesquels ont été établis autrefois le CHU et l'Université, afin de permettre d'accomplir simultanément une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche sont désormais obsolètes !!
2. Les périmètres des missions de recherche, d'enseignement de premier, deuxième ou troisième cycle, et les soins sont différents. Ces tâches sont remplies de façon très variable
3. Faute de système d'informations adéquates et de règles claires, le CHU et l'Université manquent d'une stratégie d'ensemble explicite, qui permette sur un site donné, de rassembler les forces en présence dans une dynamique de progrès
4. Par ailleurs, d'autres organismes ont vocation à être leurs partenaires et les établissements doivent être fortement incités à se rassembler et à s'unir pour obtenir une taille critique suffisante
5. Il faut rendre plus dynamique le financement des missions d'intérêt général de CHU et de l'Université et leurs partenaires en matière de recherche, d'enseignement, de soins innovants et de recours.