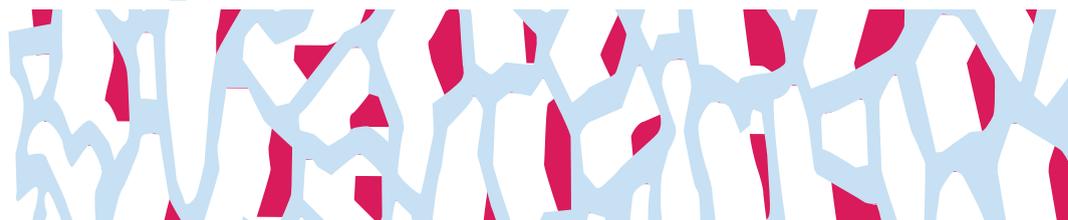


14^{es} ASSISES NATIONALES hospitalo-universitaires



MARSEILLE 2 et 3 décembre 2014
Parc Chanot



ABSTRACTS

Le CHU a une responsabilité vis-à-vis de la population qu'il sert, au plus près, dans le territoire. Mais le CHU a aussi une responsabilité dans le domaine international.

Dans ces deux registres apparemment éloignés, le CHU déploie et affirme sa triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. C'est son excellence au plus près du patient ainsi que sa capacité à s'adapter aux demandes du patient et à se remettre en question au fil des évolutions législatives qui font du CHU français un modèle souvent consulté.

Les directeurs généraux, présidents de CME et doyens de CHU se retrouvent cette année à Marseille pour réfléchir et formuler des propositions aux citoyens et aux pouvoirs publics sur le rôle du CHU dans la nouvelle loi de santé, sur sa place dans la nouvelle organisation territoriale et sur sa responsabilité comme référence à l'international.

MARDI 2 DÉCEMBRE 2014

9h30 Accueil des participants
et visite de l'exposition

10h00 Allocutions d'ouverture

Pr Guy MOULIN Président de la Conférence
des présidents de CME de CHU

Jean-Claude GAUDIN Sénateur-maire

de la ville de Marseille (*ou son représentant*)

Dr Ladislas POLSKI Conseiller régional PACA

Philippe DOMY Président de la Conférence

des directeurs généraux de CHRU

Pr Jean-Pierre VINEL Président de la Conférence
des doyens des facultés de médecine

Paul CASTEL Directeur général de l'ARS PACA

Pr Benoît VALLET Directeur général

de la santé, représentant Marisol Touraine,

ministre des Affaires sociales, de la Santé

et des Droits des femmes

10h45 Introduction

Philippe VIGOUROUX Coordonnateur
des Assises hospitalo-universitaires,
directeur général du CHU de Bordeaux



Conférence des Présidents
CME CHU
Commissions Médicales d'Établissement
des Centres Hospitaliers Universitaires



Conférence des
Directeurs Généraux
de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires

Conférence des Doyens
des facultés de Médecine



SANTÉ
FORMATION
RECHERCHE

Les trois conférences représentatives des CHU (Conférence des doyens de faculté de médecine, pharmacie et odontologie, Conférence des directeurs généraux de CHU et Conférence des présidents de CME de CHU) organisent, tous les deux ans, leurs Assises afin de présenter leur analyse des évolutions en cours dans les centres hospitaliers universitaires et de formuler des propositions aux citoyens et aux pouvoirs publics. De manière générale, le travail qui sera présenté lors des Assises est le résultat d'une importante mobilisation, menée au sein de différents groupes de travail associant doyens, directeurs généraux et présidents de CME.

Le CHU, pilier de la nouvelle loi de santé

Discussion et présidence

Philippe DOMY Président de la Conférence
des directeurs généraux de CHRU

11h00 Les commentaires
de la loi et les compléments
nécessaires à la loi

Animateur **Régis de CLOSETS**

Pr Guy MOULIN Président de la Conférence
des présidents de CME de CHU

Philippe DOMY Président de la Conférence
des directeurs généraux de CHRU

Pr Jean-Pierre VINEL Président de la Conférence
des doyens des facultés de médecine

**Flash d'actualité :
les CHU face aux grandes crises
sanitaires internationales**

Pr Benoît VALLET Directeur général
de la santé

13h00 Déjeuner buffet

Le CHU, hôpital territorial

Discussion et présidence

Pr Guy MOULIN Président de la Conférence des présidents de CME de CHU

- 14h00** Conférence introductive
sur la place des CHU dans les territoires
Pr Jacques BRINGER Doyen de la faculté de médecine de Montpellier

1^{re} table ronde

Regards croisés sur l'organisation territoriale des soins hospitaliers

Modérateurs

Pr Guy MOULIN Président de la Conférence des présidents de CME de CHU

Philippe DOMY Président de la Conférence des directeurs généraux de CHRU

- 14h15** Un projet de territoire basé sur une direction commune CHU-CHG : la prise en charge du patient sur le territoire Nord-Est, à La Réunion
Pr Tawfiq HENNI Président de la CME du CHU de La Réunion
David GRUSON Directeur général du CHU de La Réunion
- 14h30** De la CHT au GHT, autour du CHU de Clermont-Ferrand
Alain MEUNIER Directeur général du CHU de Clermont-Ferrand
- 14h45** Le rôle des CHU dans les déserts médicaux
Hamid SIAHMED Directeur général du CHU de Limoges
Jean-Jacques ROMATET Directeur général de l'AP-HM
Pr Jean-Yves ARTIGOU Membre de la CME de l'AP-HP
- 15h05** Les enjeux du parcours de soins : périmètre, coordination et financement dans le territoire
Pr Alain VERGNENÈGRE Président de la CME du CHU de Limoges

15h15 Discussion

15h45 Pause

2^e table ronde

Territorialité de la recherche

Modérateurs

Pr Guy MOULIN Président de la Conférence des présidents de CME de CHU

Jean-Jacques ROMATET Directeur général de l'AP-HM

- 16h15** La régionalisation de la recherche
Pr Jean SIBILIA Président du CNCR, doyen de la faculté de médecine de Strasbourg
Philippe VIGOUROUX Directeur général du CHU de Bordeaux, vice-président du CNCR
- Un exemple de recherche clinique régionale en Midi-Pyrénées
Pr Bernard PRADERE Président de la CME du CHU de Toulouse
- 16h30** Les départements hospitalo-universitaires (DHU) et les fédérations hospitalo-universitaires (FHU)
Pr Olivier CLARIS Président de la CME des Hospices civils de Lyon
Pr Marie-Christine WORONOFF-LEMSI Présidente de la DRCI du CHU de Besançon

16h45 Discussion

3^e table ronde

Nouvelles formations et parcours régional du patient

Modérateurs

Pr Guy MOULIN Président de la Conférence des présidents de CME de CHU

Pr Georges LEONETTI Doyen de la faculté de médecine de Marseille

- 17h15** Quelles nouvelles compétences en région au service du patient ?
Pr Michel CLAUDON Président de la CME du CHU de Nancy
- 17h30** Un parcours régional de formation pour les jeunes médecins
Pr Jean-Luc DUMAS Doyen de l'UFR de médecine, université Paris-XIII
Pr Emmanuel SAMAIN Doyen de l'UFR sciences médicales et pharmaceutiques, université de Franche-Comté
- 17h40** Vers un parcours universitaire pour les soignants après la licence
Pr Henry COUDANE Doyen de la faculté de médecine, maïeutique et sciences de santé de la Lorraine
- 17h45** Discussion
- 18h00** Fin des conférences

20h00 Dîner de gala au palais du Pharo

MERCREDI
3 DÉCEMBRE
2014

8h00 Accueil

Le CHU, hôpital international

Discussion et présidence

Pr Jean-Pierre VINEL Président de la Conférence des doyens des facultés de médecine

- 8h50** Conférence introductive
Dr Denis LABAYLE Écrivain, président de l'Association Sud-Francilien Afrique

1^{re} table ronde

Le CHU made in France

Modérateurs

Pr Jean-Pierre VINEL Président de la Conférence des doyens des facultés de médecine

Pr Georges LEONETTI Doyen de la faculté de médecine de Marseille

- 9h05** Le modèle français vu de l'étranger
Pr Ahmed MAHERZI Doyen de la faculté de médecine de Tunis
- 9h20** La coopération hors Union européenne dans le domaine de la formation
Pr Philippe DEVRED AP-HM, ancien directeur régional du bureau Asie Pacifique de l'Agence universitaire de la francophonie
- 9h35** Le patient étranger dans nos CHU
Jean-Jacques ROMATET Directeur général de l'AP-HM
Pr Suzy DUFLO Présidente de la CME du CHU de Pointe-à-Pitre
- 9h50** Promouvoir le modèle du CHU français à l'étranger
Martin HIRSCH Directeur général de l'AP-HP
- 10h10** Discussion
- 10h45** Pause

2^e table ronde

Formation et recherche internationales

Modérateurs

Pr Jean-Pierre VINEL Président de la Conférence des doyens des facultés de médecine
Pr Eric BELLISANT Doyen de la faculté de médecine, université Rennes-1

- 11h15** L'accueil des médecins étrangers
Pr Dominique PERROTIN Ancien président de la Conférence des doyens des facultés de médecine
- 11h30** La formation des médecins français à l'étranger
Pr Isabelle RICHARD Doyen de la faculté de médecine d'Angers
- 11h45** Les réseaux internationaux de recherche
Pr Suzy DUFLO Présidente de la CME du CHU de Pointe-à-Pitre
Pr Olivier RASCOL Coordonnateur de l'Infrastructure F-CRIN
Pr Eric BELLISANT Doyen de la faculté de médecine, université Rennes-1
- 12h00** Discussion
- 12h30** Discours et synthèse
Les présidents des trois Conférences
- 13h00** Cocktail et buffet
- 15h00** Clôture des 14^{es} Assises hospitalo-universitaires
Ouverture du congrès HopitalExpo Méditerranée
Marisol TOURAINE Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

MARDI 2 DÉCEMBRE 2014

10h00 **Allocutions d'ouverture**

Pr Guy MOULIN Président de la Conférence des présidents de CME de CHU
Jean-Claude GAUDIN Sénateur-maire de la ville de Marseille (ou son représentant)
Dr Ladislas POLSKI Conseiller régional PACA
Philippe DOMY Président de la Conférence des directeurs généraux de CHRU
Pr Jean-Pierre VINEL Président de la Conférence des doyens des facultés de médecine
Paul CASTEL Directeur général de l'ARS PACA
Pr Benoît VALLET Directeur général de la santé, représentant Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

10h45 **Introduction**

Philippe VIGOUROUX Coordonnateur des Assises hospitalo-universitaires, directeur général du CHU de Bordeaux

Le CHU, pilier de la nouvelle loi de santé

Discussion et présidence

Philippe DOMY Président de la Conférence des directeurs généraux de CHRU

11h00 **Les commentaires de la loi et les compléments nécessaires à la loi**

Animateur **Régis de CLOSETS**

Pr Guy MOULIN Président de la Conférence des présidents de CME de CHU

Philippe DOMY Président de la Conférence des directeurs généraux de CHRU

Pr Jean-Pierre VINEL Président de la Conférence des doyens des facultés de médecine

Flash d'actualité :

les CHU face aux grandes crises sanitaires internationales

Pr Benoît VALLET Directeur général de la santé

13h00 **Déjeuner buffet**

Le CHU, hôpital territorial

Discussion et présidence

Pr **Guy MOULIN** Président de la Conférence des présidents de CME de CHU

14h00

Conférence introductive sur la place des CHU dans les territoires

Pr **Jacques BRINGER** Doyen de la faculté de médecine de Montpellier

Le territoire naturel du CHU est la région. L'attractivité pour les soins de recours, de référence et/ou innovants (centres de compétence hyperspécialisés) témoigne de son rôle régional (CHRU).

Bien qu'empiétant parfois sur les régions voisines, les CHU affirment avant tout leur position régionale sur un modèle selon lequel « *les aires d'attraction suivent le modèle de la loi de gravitation de Newton où les masses des CHU (planètes hospitalo-universitaires) déterminent leur attractivité* »⁽¹⁾.

Clé de voûte des groupements hospitaliers de territoires (GHT) et garants de la réponse à l'intégralité des missions de service public hospitalier territorial, les CHU impulsent, orchestrent, épaulent la stratégie territoriale de soins, de recherche et de formation en santé (centres de simulation HU, TIC Santé).

À partir de leurs plates-formes biotechnologiques innovantes, leurs équipes hospitalo-universitaires insufflent, coordonnent, diffusent et appuient le développement d'études épidémiologiques, de cohortes, d'évaluation de la pertinence des soins, ainsi que des essais cliniques et thérapeutiques innovants, de la sorte, partagés au sein des territoires et des régions.

Les CHU s'engagent dans le décloisonnement de l'offre de soins et des services médico-sociaux :

- en soutien de la mise en œuvre des programmes régionaux de santé publique visant à agréger soins et médico-social,
- en exemplarité d'ouverture, les CHU répondent du maintien d'une offre de soins ambulatoires graduée sur le territoire (HAD, coordination des parcours de soins complexes, télémédecine...);

- en appui au développement et à l'homogénéisation des systèmes d'information au service du dossier médical personnel et donc centrés sur le patient (plate-forme numérique);
- en promoteur et diffuseur de la médecine prédictive et personnalisée garante de l'optimisation des chances pour le patient;
- en positionnement de complémentarité et de solidarité auprès des établissements du groupement hospitalier de territoire;
- en moteur de l'évolution des missions des professionnels de santé, des transferts de responsabilité et de temps partagés.

Les CHU ont la capacité de s'investir de façon dynamique dans les missions sanitaires et sociales confiées par les programmes régionaux de santé publique, sous réserve de réunir les conditions prérequis à une telle adaptation performante du service public hospitalier :

- management réactif et propice à l'initiative en favorisant de vraies délégations de responsabilités réduisant le risque de lourdeur et d'inertie lié au modèle traditionnel d'organisation pyramidale;
- remodelage des statuts des personnels avec valorisation de l'initiative et assouplissement propice à la plasticité des missions partagées hors les murs au sein du GHT et dans le cadre des soins ambulatoires décloisonnés avec le médico-social;
- transformation des modes de financement et tarification pour concilier tarification à l'activité, pertinence des actes et forfaitisation nécessaire à la prise en charge des maladies chroniques (coordination et coopération multiprofessionnelle, éducation thérapeutique, médico-social...).

(1) E. Vigneron, géographe de la santé, université de Montpellier

1^{re} table ronde Regards croisés sur l'organisation territoriale des soins hospitaliers

Modérateurs

Pr Guy MOULIN Président de la Conférence des présidents de CME de CHU

Philippe DOMY Président de la Conférence des directeurs généraux de CHRU

14h15

Un projet de territoire basé sur une direction commune CHU-CHG : la prise en charge du patient sur le territoire Nord-Est, à La Réunion

Pr Tawfiq HENNI Président de la CME du CHU de La Réunion

David GRUSON Directeur général du CHU de La Réunion

Le territoire de santé Nord-Est dispose de deux établissements publics de santé : le CHU et le groupe hospitalier Est-Réunion (GHER). Ce dernier, nouvellement construit, est constitué par regroupement d'un établissement privé et de l'ancien hôpital intercommunal d'un groupement hospitalier. Il se trouve rapidement en difficultés financières, notamment du fait d'emprunts « toxiques » contractés et de problèmes d'orientations, et une direction commune CHU-GHER est mise en place au 1^{er} janvier 2014 pour améliorer la performance du GHER en utilisant les ressources de management du CHU.

Cette direction avec les CME des deux établissements s'est inscrite dans une démarche d'amélioration de la couverture des besoins de santé sur le territoire, à partir d'un projet médical qui vise à :

- construire des parcours patients mieux structurés et adaptés sur les différentes filières dans une dynamique de partenariat avec l'ensemble des acteurs de santé (sanitaires, médico-sociaux, public, privés, libéraux, etc.) et d'amélioration continue de la qualité des soins ;
- faciliter l'accès aux soins pour la population de l'est par le renforcement/développement des activités en proximité du bassin de vie, en développant les complémentarités et l'utilisation de ressources médicales partagées ;
- optimiser l'utilisation des ressources et des compétences disponibles sur chaque site pour atteindre ces objectifs (appui de la DSSI et de la direction des finances et du contrôle de gestion du CHU notamment).

Cette démarche s'inscrit en complémentarité des projets médicaux et de soins préexistants des deux établissements. Un état des lieux de la demande et de l'offre de soins sur le territoire Nord-Est au travers de l'analyse des données ayant servi à l'établissement du Sros PRS et des dernières données d'activité PMSI disponibles a été effectué lors d'une session commune des CME CHU et GHER. Un ciblage des différentes problématiques/difficultés en termes de prise en charge des patients sur le territoire et les filières concernées a été effectué avec dans un second temps la participation à un « forum » ouvert aux partenaires extérieurs. Parmi les thèmes abordés : le renforcement de l'offre de soins locale, la continuité et complémentarité des prises en charges avec le CHU, la participation aux filières Nord-Sud existante, l'optimisation de l'utilisation des plateaux techniques, l'organisation de la permanence des soins sur le territoire, la participation aux activités « U et R ».

Un certain nombre d'actions sont engagées ou en cours : recrutement (engagé) des postes partagés en gynéco-obstétrique, renforcement de l'équipe de sages-femmes, dossier d'autorisation (en cours) pour la pratique des chimiothérapies, management commun GHER-AURAR (en cours de structuration) pour la dialyse, renforcement capacités pour les soins critiques, ouverture de 12 lits de médecine polyvalente à valence neurologique, renforcement de l'offre en pédiatrie, convention de repli finalisée sur la stérilisation.

14h30 De la CHT au GHT, autour du CHU de Clermont-Ferrand

Alain MEUNIER Directeur général du CHU de Clermont-Ferrand

Conçue en 2010 et créée en 2011, la communauté hospitalière du Grand Clermont regroupe six établissements, cinq centres hospitaliers (Riom, Issoire, Clémentel, Le Mont-Dore et Billom) et le CHU de Clermont-Ferrand.

Des fédérations médicales interhospitalières en anesthésie, imagerie et chirurgie et des conventions de direction commune en constituaient le socle médical et de pilotage.

Quel bilan après trois ans de fonctionnement ?

Cette CHT a décliné dans des protocoles inter-établissements, dont le CHU est le dénominateur commun, des mesures de réorganisations et de regroupements d'activités de soins, notamment :

- un site unique pour le court séjour gériatrique (CH de Riom) et l'hospitalisation complète de médecine physique et réadaptation (CH Clémentel),
- le rattachement fonctionnel des activités de chirurgie périphériques (Riom et Issoire) au CHU (chefferie de service, temps médical partagé),
- la création de pôles interhospitaliers pour les urgences, la gériatrie, la santé mentale dans une logique de filières de soins et de mutualisation qui reste à consolider.

Comment prendre le virage des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ?

Le projet de loi de santé prévoit que les GHT se substituent aux CHT, avec un caractère obligatoire, et dans un délai court, le 1^{er} janvier 2016).

À périmètre géographique constant ? Ce serait l'hypothèse la plus simple, mais une alternative va être mise à l'étude : l'élargissement de son aire géographique à trois autres établissements (les CH de Vichy, Thiers, Ambert) dans la logique d'une métropole en cours de constitution autour de Clermont-Ferrand pour une population d'environ 600 000 habitants.

Cette évolution possible s'inscrirait dans un contexte où le nombre de CHT d'Auvergne (sept au total) serait réduit à quatre GHT.

Motivée par l'intérêt de constituer des ensembles hospitaliers plus importants dans un contexte de réforme territoriale qui prévoit la fusion de l'Auvergne et de Rhône-Alpes, cette démarche n'aura de sens réel que si l'élargissement ne se traduit pas par une diminution de la synergie des acteurs.

C'est ce risque qui conduit plutôt à écarter l'idée d'un seul GHT pour l'Auvergne, dont la constitution devrait surmonter des obstacles multiples et dont la gouvernance serait difficilement opérationnelle.

Au-delà de ces perspectives pour l'Auvergne, deux questions majeures : les GHT peuvent-ils faire mieux que les CHT ? Quelle place pour les CHU dans les GHT ?

Les GHT : un potentiel. Les CHU dans les GHT : une force

Si le bilan des CHT n'a pas fait l'objet d'une évaluation, il est généralement admis que la souplesse de l'institution fait à la fois sa force et ses limites : elle favorise le consensus et des démarches communes, mais l'absence d'attributions propres et de pouvoir d'arbitrage en réduit l'efficacité.

Les GHT constituent une forme de coopération beaucoup plus intégrée. Même sans personnalité juridique, ils auront comme finalité un projet médical commun, et comme coordonnateur ou pilote, un établissement support qui gèrera pour le compte de l'ensemble des membres, le système d'information, l'information médicale, les achats, les instituts de formation, la formation et le développement professionnel continu. Des compétences complémentaires pourront être définies dans la convention constitutive et gérées par le GHT.

Si les CHU se sont assez peu engagés dans les CHT (onze d'entre eux), ils ont toute leur place dans les GHT, même si leur rôle d'établissement de recours régional dans les filières de soins, comme dans le recrutement médical leur commande de coopérer aussi avec des établissements hors GHT.

Le projet de loi mentionne cette mission de recours en précisant que les CHR, s'ils ne peuvent être membres que d'un GHT, peuvent être associés à d'autres pour l'élaboration de leur projet médical. Mais la dimension hospitalo-universitaire est absente des dispositions du projet de loi relatives aux GHT.

D'où deux propositions complémentaires

- L'engagement de chaque CHU dans un GHT pour contribuer à une organisation cohérente de l'offre de soins dans un territoire, en tant qu'établissement support, avec un rôle moteur que renforcerait une convention de direction commune.
- L'association de chaque CHU à tous les GHT relevant d'une même UFR de médecine, pour gérer avec l'ensemble des centres hospitaliers, et dans le cadre de la politique de santé mise en œuvre par les ARS, la formation, la démographie médicale, le recours et la recherche. Dans cet objectif, l'insertion dans le projet de loi de dispositions conjuguant GHT et CHU serait souhaitable, par exemple avec un rattachement de tous les GHT à un CHU de référence.

14h45 Le rôle des CHU dans les déserts médicaux

Le rôle du CHU de Limoges dans les déserts médicaux

Hamid SIAHMED Directeur général du CHU de Limoges

Le contrat local de santé de Limoges

Le contrat local de santé est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé. Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser :

- l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local ;
- l'accès des personnes, notamment « démunies », aux soins, aux services et à la prévention ;
- la promotion et le respect des droits des usagers du système de santé.

Ce contrat local s'adresse à des zones jugées prioritaires de Limoges pour des raisons de difficultés d'accès aux soins, ou d'états socio-sanitaires particulièrement défavorables (soit 25 000 personnes, soit 18 % de la population de Limoges).

Sur les quartiers de la politique de la ville de Limoges ces difficultés ont été identifiées à la fois par les études menées par l'observatoire régional de la santé (ORS) ainsi que par les résultats des diagnostics territoriaux impulsés par le groupement régional de santé publique (GRSP) et conduits dans le cadre de l'atelier santé ville.

Les principaux objectifs

- Mieux connaître les problématiques des quartiers sur le champ de la santé (mise en place d'un observatoire local de la santé).
- Améliorer l'accès aux soins des personnes résidant sur les quartiers (recrutement d'une médiatrice santé et renforcement des interventions des professionnels de santé dans les quartiers).
- Améliorer l'environnement des quartiers pour favoriser le bien-vivre ensemble (information sur la réglementation autour du bruit, etc.).
- Promouvoir la santé, l'éducation à la santé, la prévention et les dépistages (actions autour de la vaccination, du dépistage des cancers, sensibilisations auprès des jeunes sur les risques liés à l'alcool et au tabac, etc.).
- Participer à l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire et à l'accès aux soins des enfants par des actions de formation et de sensibilisation.
- Optimiser l'offre de soins de premier recours en améliorant la connaissance et la visibilité de la Pass et en favorisant l'implantation d'une plateforme de soins de proximité type centre de santé associant le CHU et la Mutualité.

Ce contrat local de santé, signé le 13 octobre 2011, associe le CHU de Limoges, l'ARS du Limousin, la ville de Limoges, la CPAM et l'EPSM Esquirol.

Du réseau de télémédecine en zone éligible au pôle d'excellence rurale

La région Limousin est face à une réalité démographique qui voit fortement augmenter la proportion de personnes âgées, voire très âgées. Il en découle des difficultés au plan sanitaire (désertification médicale de certaines zones rurales, dont la vallée de la Gorre), au plan médico-social (déficit, voire pénurie en personnel d'aide à domicile) et au plan économique (liée à une précarité sociale des personnes âgées, plus importante que dans les autres régions). La vallée de la Gorre, zone éligible au pôle d'excellence rurale de 35 000 habitants, regroupe cinq cantons. Ce territoire présente une forte désertification médicale et un manque d'attractivité pour l'installation de médecins libéraux observé sur ce territoire où se situent sept Ehpad et un établissement pour adultes handicapés vieillissant Perce-neige (foyer d'accueil médicalisé), hébergeant 590 résidents d'Ehpad.

Le vieillissement de la population et ses spécificités sont à l'origine d'innovations en matière de filière gériatrique, impulsée par le CHU de Limoges. Parmi elles, concernant l'amélioration de la prise en charge des résidents d'Ehpad, la mise en place d'une régulation téléphonique au sein du service de médecine gériatrique et la création d'une unité de soins de suite pour admission directe de patients résidents d'Ehpad nécessitant un suivi paramédical continu non disponible en Ehpad et n'ayant pas de nécessité de bilan diagnostique complémentaire (unité de recours et de soins gériatriques). Cependant, un travail de thèse récent : « Raisons d'adressage et passages des personnes âgées de 75 ans et plus au service d'urgences du CHU de Limoges » a montré que près de la moitié des hospitalisations pourrait être évitée si une évaluation anticipée avait été mise en place.

L'ensemble des constats, démographiques ou issus de travaux de recherche et d'évaluation de la filière gériatrique, a montré la nécessité de promouvoir l'évaluation gérontologique globale préventive, à domicile ou en Ehpad. Même si elle est innovante, cette expérimentation gérontologique préventive par télémédecine Gérontaccess a pour but d'améliorer la qualité de la prise en charge du résident en Ehpad. Elle permet au CHU de Limoges de modéliser une organisation avec une efficacité en termes de réponse à la démarche des Ehpad. Cela est d'emblée élargi aux consultations dans le domaine de la dermatologie, de la cardiologie, de la pneu-

mologie, de la médecine physique et de ré-éducation et des soins palliatifs et pourra être ensuite transposable à d'autres spécialités afin de mieux répondre aux demandes des Ehpad. Ce projet positionne le CHU dans le registre de

service territorial de santé au public, dans une démarche de service aux personnes âgées et de soutien au secteur médico-social. Parallèlement, il permet de renforcer la structuration du territoire et des adressages.

Un projet de innovant de santé publique hors les murs : l'AP-HM met en place un pôle de santé dans les quartiers nord de Marseille

Jean-Jacques ROMATET Directeur général de l'AP-HM

Face à une pénurie croissante de l'offre de soins (premier recours et spécialités), à des indicateurs sociosanitaires très dégradés (bilan ORS 2012) et à la volonté du CHU de renforcer sa dimension de service public hospitalier, ouvert sur son environnement et les populations qui y vivent, l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) va ouvrir début 2015 un pôle de santé publique hospitalo-universitaire dans les quartiers nord, associant un centre pluridisciplinaire de santé sur deux sites (un centre commercial et un quartier de rénovation urbaine) à deux équipes mobiles, qui interviendront auprès des centres sociaux et au domicile des patients les plus en rupture de soins.

Le pôle de santé offrira l'accès à de la médecine générale libérale, à des soins spécialisés en pédiatrie, gynécologie, obstétrique, endocrinologie, ophtalmologie et odontologie. Les actions de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique ainsi que l'accès aux

droits seront intégrés dans l'offre de services, sur du non-programmé, 6 jours sur 7, de 8 h à 20 h. Le projet porte une forte dimension de formation et de recherche (innovation organisationnelle, coordination et parcours de soins, rupture des soins).

Le pôle de santé sera un des projets phares du pacte de cohésion sociale de Marseille, piloté par la préfecture avec l'agence régionale de santé (ARS). Le pôle de santé permet également une gouvernance nouvelle associant les généralistes libéraux, l'université et le CHU. Le CHU sera fortement investi dans l'animation du réseau de l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux de ce territoire de grande urbanité (MSP, centres de santé, libéraux, ASV, comités de quartiers), auquel participeront les acteurs des collectivités publiques très engagés dans ce projet (ville de Marseille, conseil régional, conseil général), pour permettre la construction commune d'un projet de santé territorial.

Le rôle du CHU dans les déserts médicaux en Île-de-France

Pr Jean-Yves ARTIGOU Membre de la CME de l'AP-HP
Pr Loïc CAPRON Président de la CME de l'AP-HP

Il existe des zones de sous-densité médicale urbaines et rurales en Île-de-France.

L'implantation du CHU, au cœur de la région, place des zones en développement démographique de la périphérie hors de son rayon direct d'influence.

Cet éloignement est toutefois compensé par une organisation centripète des transports qui permet jusqu'à présent un accès hospitalier correct de la population aux soins de proximité et de recours, en combinant les services offerts par les centres hospitaliers et par le CHU.

Mais cet équilibre est fragile compte tenu du fort développement démographique périphérique et d'une population qui, dans ces zones, est moins favorisée socialement.

Le CHU doit contribuer à y densifier l'offre de soins en donnant à ses diplômés le goût de cette médecine de premier recours « en périphérie ».

Le CHU, l'AP-HP, doit absolument s'ouvrir sur son territoire, c'est-à-dire sur son voisinage urbain et hospitalier, en s'intégrant aux réseaux de soins qui se développent pour pallier les carences médicales du territoire.

En Île-de-France, les choses sont plus compliquées que dans les autres régions parce que nous y avons douze groupes hospitaliers de l'AP-HP, sept UFR médicales, deux UFR dentaires, deux UFR pharmaceutiques et quarante-huit centres hospitaliers.

Les coopérations entre l'AP-HP et les CH d'Île-de-France reposent sur des échanges

loyaux et bien organisés entre équipes médicales, avec partage d'assistants hospitaliers spécialistes et de CCA. Telle est la politique que développe l'actuelle CME de l'AP-HP, avec l'aide active de la conférence des présidents de CME des CH et avec l'ARS.

En ce sens, l'AP-HP doit plus que jamais s'appuyer sur ses cinq groupes hospitaliers de banlieue (GH Paris-Seine-Saint-Denis au nord-est, Paris-Nord-Val-de-Seine au nord-ouest, Paris Île-de-France-Ouest, Paris-Sud, Paris-

Est-Créteil), que l'histoire et la géographie placent aujourd'hui en première ligne pour la réorganisation régionale des soins.

Le CHU doit contribuer à repeupler les zones de sous-densité médicale en donnant à ses diplômés le goût de la médecine de premier recours ; il doit s'ouvrir sur son territoire, c'est-à-dire son voisinage urbain et hospitalier en s'appuyant sur ses cinq GH de banlieue que l'histoire et la géographie placent aujourd'hui en première ligne pour la réorganisation régionale des soins.

15h05

Les enjeux du parcours de soins : périmètre, coordination et financement dans le territoire

Pr Alain VERGNENÈGRE Président de la CME du CHU de Limoges

Le CHU est un hôpital territorial incontournable pour répondre aux différentes problématiques qui ont été évoquées. Les enjeux de ce parcours dans le territoire sont multiples et nécessitent la coordination de tous les acteurs, dont nos établissements qui ne doivent pas être exclus.

Les enjeux

Le CHU doit se positionner en tant qu'acteur dans le continuum des soins, en privilégiant la prévention sur le curatif et en agissant sur les déterminants de santé à l'échelle du territoire. Cela implique :

- que le CHU soit un acteur majeur dans la prévention et l'éducation de la santé ;
- que la fonction de recours du CHU soit adaptée à sa fonction de parcours. On peut citer l'exemple de la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES).

Le CHU doit être impliqué dans l'enseignement sur le territoire :

- actions de développement professionnel continu (DPC) ;
- actions d'analyse des pratiques professionnelles ;
- renforts dans les échanges et les coopérations avec toutes les structures mises en place par ses formations ;
- coordination et gestion de l'ensemble des programmes d'éducation thérapeutique, ainsi que toutes les actions d'éducation thérapeutique qui seront sélectionnées dans les parcours de soins.

Le CHU doit être un acteur moteur de la recherche sur le territoire. Il doit organiser ses thèmes de recherche par région en lien avec les associations d'usagers. Il doit promouvoir la recherche en organisation, en partenariat avec le secteur libéral et les établissements sanitaires et sociaux.

La coordination

Les centres hospitaliers universitaires n'ont pas vocation à assurer la coordination de toutes les pathologies. Cela dépend bien sûr de l'organisation qui existe localement, des développements des réseaux de soins et du type de la pathologie en cause. Cependant, il est clair que la coordination doit leur échoir le plus souvent, si on veut éviter des surcoûts liés à l'utilisation de ces établissements en situation d'échec du parcours.

La discussion de cette coordination doit être faite au cas par cas, en fonction du type de pathologie mais également de la typologie du territoire.

Tout cela ne sera possible que par la qualité des systèmes d'information de la télémédecine et de l'implication des patients et de leurs représentants dans l'évolution de notre système de santé.

Le financement

Le financement de ces parcours de soins doit être sanctuarisé et transparent. Il fait appel à une multiplicité d'enveloppes qui peuvent être dans les Merri, dans les Migac, mais surtout dans la tarification à l'activité (T2A). L'inclusion de nombreux partenaires, qui jusqu'alors n'avaient pas de valorisation, doit également être prise en compte. Le paiement au forfait devra être juste et équitable pour ces établissements importants, qui doivent par ailleurs se réorganiser compte tenu des parcours.

La fongibilité de toutes les enveloppes, y compris celles de la médecine libérale, à travers le fonds d'investissement régional, pourrait aboutir à des contrats d'investissement-financement/parcours de soins proposés par les ARS entre les différents acteurs.

2^e table ronde Territorialité de la recherche

Modérateurs

Pr Guy MOULIN Président de la Conférence des présidents de CME de CHU

Jean-Jacques ROMATET Directeur général de l'AP-HM

16h15 La régionalisation de la recherche

Pr Jean SIBILIA Président du CNCR, doyen de la faculté de médecine de Strasbourg

Philippe VIGOUROUX Directeur général du CHU de Bordeaux, vice-président du CNCR

Un principe général pour une recherche plus efficace

La recherche en santé se préoccupe du bien-être de nos concitoyens (prévention) et de nos patients. Cette recherche, qu'elle s'intéresse à la connaissance, à ses applications ou à ses implications est fondamentalement centrée sur l'homme. C'est dans les établissements de soins universitaires et non universitaires et dans leurs réseaux que s'est organisée depuis vingt ans une recherche « au chevet du patient ». Cette recherche clinique, cœur de métier des experts de nos établissements, est indissociable d'une recherche translationnelle voire fondamentale, qui a pour objectif de permettre l'acquisition de connaissances indispensables pour une recherche appliquée innovante. Elle garantit l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients

Des arguments forts

Les patients (hospitalisés et/ou ambulatoires) et les expertises sont concentrés dans les établissements de soins universitaires mais aussi dans de nombreux établissements non universitaires dans des domaines importants comme l'oncologie, la cardiologie et la psychiatrie. Ces patients doivent permettre de répondre à des questions scientifiques et médicales (académiques et industrielles), dans le cadre d'une recherche efficace, réglementée et professionnelle qui répond aux enjeux d'une compétition internationale de plus en plus difficile.

La recherche doit permettre l'accès à des techniques, des thérapeutiques et des dispositifs innovants proposés de façon organisée dans nos établissements. Cette dimension est un facteur d'attractivité pour les établissements de soin, aussi bien pour les patients que pour les praticiens qui y exercent. Cette offre innovante justifie une régulation régionale destinée à assurer la meilleure équité d'accès aux meilleurs soins possibles pour nos patients.

La recherche médicale, indissociable du patient, représente un thème majeur dans la politique de développement régional car elle crée une dynamique sociétale et un véritable pouvoir de valorisation académique et/ou industriel.

Une organisation réfléchie et adaptée

L'organisation régionale de la recherche doit favoriser une synergie entre les différents acteurs et partenaires de la recherche (universités, EPST, industriels...) au profit des patients.

Cette organisation fondée sur le principe de « CHU tête de réseau » doit reposer sur une alliance avec un partage généreux et efficace du savoir-faire et des compétences avec tous les établissements qui le souhaitent (CH, CHS, CLCC...) mais aussi, le cas échéant, avec des réseaux de professionnels de santé. Cette recherche régionale doit être décloisonnée, associant tous les partenaires motivés, ce qui devrait permettre de renforcer les performances en matière de recrutement, mais aussi d'aborder des questions scientifiques et médicales de tout ordre comme par exemple la problématique des soins primaires et celles de la prise en charge de la précarité et de l'exclusion. Ce type d'approche justifie une coordination par les établissements de soins selon des modèles qui peuvent varier d'une région à l'autre mais toujours guidés par principe de la régionalisation de la recherche. Ce principe est soutenu depuis plusieurs années par une volonté politique (circulaire du 29 juillet 2011). Ainsi, l'action des Girci dans le soutien à la participation des établissements non universitaires aux actions de recherche et la création de structures d'appoint (CRC, RIC...) ont un sens à condition d'éviter un effet de morcellement des compétences et des financements.

L'organisation régionale de la recherche doit s'appuyer sur des compétences de promotion des établissements dont l'organisation professionnelle le permet mais aussi sur des réseaux d'investigation qui peuvent être interétablissements, thématiques ou organisés par des professionnels de santé. Que cette recherche soit académique ou industrielle, le concept de régionalisation doit la rendre plus efficace permettant en particulier aux établissements non universitaires qui le souhaitent d'obtenir un soutien pour l'investigation, un accès à la formation et à l'information (appels d'offres) et à des compétences régionales ou nationales.

Une évaluation de l'organisation de cette recherche régionale est indispensable pour progresser. Cela doit s'intégrer à l'évaluation des stratégies de recherche des établissements qui

confirment la légitimité de la recherche imaginée et mise en place dans les établissements de soins. Pour améliorer l'efficacité de cette recherche, il est indispensable d'apporter aux établissements une plateforme de coordination qui met à disposition des compétences rares mutualisées comme celles qui permettent le dépôt de projets européens ou l'animation de la recherche

industrielle. Il faut aussi faciliter l'accès à des formations de qualité et à des analyses juridiques, cartographiques ou bibliométriques (Sigaps, Sigrec) de niveau national et international. C'est le projet du Comité national de coordination de la recherche (CNCR) qui souhaite une coordination plus efficace et plus rationnelle au bénéfice de tous.

Un exemple de recherche clinique régionale en Midi-Pyrénées

Pr Bernard PRADERE Président de la CME du CHU de Toulouse

Une des priorités du pôle gériatrie dirigé par le Pr B Vellas puis du gérontopôle de Toulouse créé en 2007 a toujours été celle de la recherche clinique en région pour permettre à toutes les personnes vieillissantes une égalité d'accès aux avancées cliniques et thérapeutiques et à l'innovation. C'est ainsi que, dès la fin des années 90, des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) - REAL. FR ; PLASA - et des projets européens - ICTUS - associaient des centres hospitaliers généraux.

À l'heure actuelle, plusieurs axes de recherche sont priorisés par le gérontopôle parmi lesquels celui de la prévention de la dépendance. Cette recherche est portée par un réseau régional qui s'est constitué de façon formalisée depuis mars 2012 et est porté par une équipe régionale de recherche sur le vieillissement et la prévention de la dépendance. Cette équipe est animée par un médecin du gérontopôle, un pharmacien, un chef de projet et un cadre de santé. Elle a permis la constitution de huit équipes territoriales pluriprofessionnelles en général animées par les chefs de pôle ou de service de gériatrie des hôpitaux territoriaux et des principaux bassins de santé de Midi-Pyrénées. Au total, 720 membres dont 309 médecins (généralistes, gériatres, spécialistes), 58 directeurs d'établissement et 57 soignants participent en fonction de leurs capacités opérationnelles. Cinq ARC y interviennent également.

Différents programmes de recherche sont actuellement en cours de réalisation. Citons l'étude MAPT (Multidomain Alzheimer Preventive Trials) : plus gros essai randomisé contrôlé national à promotion hospitalière ; sur 1680 personnes, la moitié a été incluse en Midi-Pyrénées et 50 % des sujets inclus l'ont été en région (il faut souligner le faible taux de *drop out* pour ces derniers) et l'étude MID FRAIL (financé par l'Union européenne).

Il en est de même pour les actions innovantes qui s'appuient sur ce réseau : repérage des personnes âgées fragiles, prévention de la dépendance acquise et évitable à l'hôpital et amélioration de la qualité des soins et accès à la recherche clinique en Ehpad (300 Ehpad en Midi-Pyrénées).

L'obtention récente de deux Innovative Medicines Initiative (IMI) dans les domaines de la sarcopénie et de la prévention de la maladie d'Alzheimer n'aurait pu être possible sans cette organisation régionale qui garantit la force de frappe et les capacités de réalisation des projets.

L'obtention récente de deux Innovative Medicines Initiative (IMI) dans les domaines de la sarcopénie et de la prévention de la maladie d'Alzheimer n'aurait pu être possible sans cette organisation régionale qui garantit la force de frappe et les capacités de réalisation des projets.

16h30 Les départements hospitalo-universitaires (DHU) et les fédérations hospitalo-universitaires (FHU)

Pr Olivier CLARIS Président de la CME des Hospices civils de Lyon

Pr Marie-Christine WORONOFF-LEMSI Présidente de la DRCI du CHU de Besançon

Les instituts hospitalo-universitaires (IHU) ont été annoncés dans la loi HPST et un financement était prévu. Ainsi ont été labellisés six IHU et six IHU prometteurs.

Aucun financement n'a été prévu pour les départements hospitalo-universitaires (DHU). L'AP-HP en a créé seize, puis le CHU de Nantes deux. Après un long débat avec les ministères et l'Inserm, le terme « fédération hospitalo-universitaire » (FHU) a été retenu et plusieurs projets ont émergé hors Paris, sans financement national.

Le deuxième plan d'investissement avenir est attendu.

Quel est l'objectif d'une structure de recherche type DHU/FHU et qu'apporte la labellisation ?

Le financement et la gouvernance opérationnelle de toute nouvelle structure de recherche sont des aspects tout aussi importants que la qualité du projet.

La recherche au CHU doit rester dynamique et intégrée au projet d'établissement. Cependant, les priorités nationales et l'essor de l'industrie sont à prendre en compte. Le CHU doit tenir compte de son environnement (les CHG) et du caractère international compétitif.

3^e table ronde

Nouvelles formations et parcours régional du patient

Modérateurs

Pr Guy MOULIN Président de la Conférence des présidents de CME de CHU

Pr Georges LEONETTI Doyen de la faculté de médecine de Marseille

17h15

Quelles nouvelles compétences en région au service du patient ?

Pr Michel CLAUDON Président de la CME du CHU de Nancy

Disposer « des bonnes compétences au bon moment et au bon endroit » pour mieux organiser le parcours territorial et régional de soins du patient est un enjeu majeur pour la prochaine décennie. Plusieurs axes vont concourir à sa mise en place concrète :

- les démarches organisationnelles doivent inclure tous les acteurs, partenaires du parcours de soins : médecins, soignants et administrations des établissements, ARS, HAD, médecins généralistes, secteur médico-social... Un projet médical de territoire et une évaluation régulière des parcours représentent la base nécessaire à des organisations efficaces et pérennes ;
- l'optimisation du parcours devra viser à un équilibre entre déplacement du médecin et du soignant hors des CHU vers des établissements, et à l'inverse déplacement du patient vers des plates-formes de référence. Une évaluation qualitative du soin apporté, du rapport bénéfice/coût de la prise en charge territoriale et de l'attractivité de cette nouvelle organisation auprès des acteurs de santé sera à mener en complément des PRS/Sros ;
- la télémédecine représente une alternative efficace au déplacement physique du patient ou du médecin avec un gain de temps et de moyens important ; dans ce domaine, le retard français est à combler ;

- le rôle et le profil professionnel du médecin, senior et junior, dans la coordination du parcours territorial devront évoluer avec l'extension des coopérations interétablissements et la généralisation des GHT ;
- la révision de l'ingénierie des métiers de santé doit être poursuivie pour permettre l'évolution des métiers existants et l'apparition de métiers nouveaux, relais entre les actuelles professions dites paramédicales et médicales. Les métiers socles, encadrés par des décrets d'actes, font référence à des familles professionnelles à laquelle appartient le soignant, qui pourrait ainsi intégrer une spécialité ou un métier nouvellement créé : métier intermédiaire ou ouvrant à des pratiques avancées. Parmi les nouveaux métiers à promouvoir, il faut citer celui de soignant coordonnateur de parcours de soins et de qualicien en santé. Un bilan à septembre 2014 montre que 29 protocoles de coopérations entre professionnels de santé ont été mis en place au titre de l'article 51 d la loi HPST depuis 2011 ;
- une gestion prévisionnelle des compétences médicales et soignantes pour mieux organiser et gérer le parcours régional de soins doit être mise en place, en partenariat entre le CHU, la faculté de médecine et l'ARS.

17h30

Un parcours régional de formation pour les jeunes médecins

Pr Jean-Luc DUMAS Doyen de l'UFR de médecine, université Paris-XIII

Pr Emmanuel SAMAIN Doyen de l'UFR sciences médicales et pharmaceutiques, université de Franche-Comté

Le territoire de santé universitaire (TSU) est le niveau d'intégration dans un périmètre géographique d'exercice de missions universitaires explicitement orientées vers la promotion de la santé. L'université évolue en intégrant le champ de la santé comme mission sociale importante en partenariat avec les missions propres des facultés de médecine et de santé. La notion de territoire se dessine autour d'une zone fonctionnelle pour la prise en charge d'une mission spécifique. La synthèse permet de reconnaître la promotion d'activités universitaires dédiées à la prise en charge de problématiques

de santé dans un territoire géographique adapté à la mission de l'université.

Ce concept nouveau permet d'intégrer un ensemble de dispositifs de formation et de recherche, de structures hospitalières et ambulatoires, dans un même objectif adapté aux nouveaux besoins de santé sur des territoires. La reconnaissance d'une responsabilité commune valorise un ensemble d'activités partagées et souvent innovantes. Le projet est fédérateur pour les acteurs institutionnels et permet d'identifier les compétences professionnelles et organisationnelles qui répondront

aux nouveaux besoins des populations. Il est adapté aux répartitions territoriales de celles-ci, aux modes de vie, aux évolutions des connaissances et à leur diffusion, aux principes de la communication moderne, aux réalités socio-économiques. Il s'intègre dans le champ général de la responsabilité sociale des facultés de médecine avec l'apport de celle de l'université et celle du CHU.

L'exemple d'un fil conducteur autour de la formation permet l'illustration de la mise en place d'un territoire de santé universitaire. Les objectifs de la formation des jeunes médecins doivent tenir compte des besoins exprimés dans les compétences et organisations nouvelles mises au service des patients dans les territoires. Le parcours du patient implique une coordination spécifique, des responsabilités nouvelles des structures et des professionnels de santé, des délégations de tâches, des responsabilités médicales prises à distance et donc tout un ensemble de pratiques qui remettent en cause le mode traditionnel d'une formation médicale centrée sur le CHU et la valorisation scientifique. Dans cette situation le parcours de formation des jeunes médecins doit intégrer des objectifs permettant de répondre aux enjeux de santé territoriaux. Ces réponses mobilisent des processus de nature universitaire. La reconnaissance d'objectifs nouveaux dans la formation des jeunes médecins permet d'identifier quatre principaux champs d'évolution :

- une formation adaptée à la prise en charge des patients,
- une formation insérée dans les territoires en proximité des besoins,
- une formation diversifiée dans l'accès des étudiants aux cursus,
- une formation déléguée aux soignants et une éducation en santé en partenariat avec les patients.

La formation doit être adaptée à l'attente des patients pour leur prise en charge. Une réponse est la reconnaissance de l'acquisition indispensable par les jeunes médecins de compétences transversales telles des compétences génériques quelle que soit la pratique médicale. Les jeunes médecins doivent savoir communiquer avec leurs patients et leur environnement, être capables de coordonner une équipe multidisciplinaire, ils doivent se sentir acteurs de santé publique, avoir les outils de maintien de leur expertise, être réflexifs sur leurs pratiques, avoir un comportement éthique et placer le patient au centre du système de soins dans une démarche clinique. Ces compétences sont la somme d'un ensemble de capacités qui doivent être acquises au cours de la formation médicale. Le territoire dans lequel se déroule la formation peut jouer un rôle opérationnel efficace grâce à la diversité des struc-

tures présentes, hospitalières de différentes natures, ambulatoires avec un maillage de réseaux de soins, et grâce à la nature variée des interfaces professionnelles qui se développent dans tous les apprentissages mis à disposition. L'université se doit d'intégrer et de valoriser les enseignements transversaux à produire sur le plan académique. Une première avancée a été l'inscription dans les programmes du second cycle des études médicales de ces compétences, leur mise en œuvre est innovante et une mobilisation progressive est en cours pour leur insertion dans le parcours du jeune médecin en tenant compte des atouts intrinsèques à chaque territoire de santé.

La formation doit être insérée au mieux dans les structures territoriales de santé pour contribuer à la construction d'une démographie médicale efficace. Elle peut s'appuyer sur un système de reconnaissance universitaire des processus de formation. Les étudiants en médecine sont pris en charge dans des structures hospitalières ou ambulatoires de premier recours reconnues par un agrément spécifique. Cela concerne les étudiants de second cycle et les internes. À ce titre, le maillage obtenu grâce à l'universitarisation de la médecine générale est un socle fondateur d'une diffusion des actions de formation. Les postes médicaux universitaires de jeunes médecins en situation de post-internat peuvent apporter l'attractivité nécessaire envers les structures de territoire au-delà des CHU. Les missions peuvent devenir partagées et intégrées dans l'appareil universitaire. Des fonctions de chef de clinique sont possibles, des postes d'assistants spécialistes intégrés aux missions universitaires également. Leur implication universitaire en dehors des murs du CHU est particulièrement attendue dans la modélisation des territoires de santé universitaires, ils peuvent être le socle du besoin émergent de création de postes hospitalo-universitaire titulaires partagés entre différentes structures territoriales.

La formation doit être diversifiée dans ses aboutissements. Elle doit permettre une réussite aux études dans des milieux sociologiques variés et concerner différents cursus professionnels dans les métiers de la santé. Des mécanismes d'aide à la réussite des études médicales sont progressivement mis en place et ces nouveaux outils doivent être évalués et ajustés ; contrat d'engagement de service public (CESP), différentes expérimentations d'entrée dans les études en santé, passerelles nationales, cursus préparatoires publics aux concours... Ces mécanismes doivent assurer les diversités de projection d'exercices médicaux et permettre de fidéliser les futurs professionnels dans les territoires. À terme, l'introduction progressive d'interfaces avec le schéma LMD permettra des filières sortantes ouvrant sur de nouvelles for-

mations universitaires complémentaires à l'évolution des pratiques médicales. Parmi celles-ci, l'universitarisation des métiers paramédicaux, dont les Ifsi ont été une première étape, peut permettre la reconnaissance de métiers de soins avec un profil évolutif de carrière et un socle de compétences professionnelles assurant des délégations de tâches médicales. Une formation diversifiée dans sa destination s'adresse également aux patients eux-mêmes sous forme de

l'éducation en santé, incluant les associations de patients et les programmes d'éducation thérapeutique.

Le territoire de santé universitaire est à même d'apporter le socle d'intégration d'un parcours régional de formation pour les jeunes médecins. Cette évolution répond à la nécessité de prise en compte des responsabilités sociales d'une faculté de médecine et à une nécessaire approche large au regard de la santé publique.

17h40

Vers un parcours universitaire pour les soignants après la licence

Pr Henry COUDANE Doyen de la faculté de médecine, maïeutique et sciences de santé de la Lorraine

En 2009, la France devient le 24^e pays européen (sur 27) à engager le processus de reconnaissance universitaire du niveau licence aux infirmiers/ères. Ce processus avait débuté en Europe dès 1999.

Le but : correspondre à l'adaptation pour les signataires des accords de Bologne d'une progression en trois étapes (LMD) au cycle de formation des infirmiers/ères.

En France, le support administratif est le groupement de coopération sanitaire (GCS) dont les partenaires sont les universités (notamment les composantes santé et/ou les facultés de médecine), les centres hospitalo-universitaires et les conseils régionaux (organismes financeurs).

État actuel : les modalités de coopération entre les partenaires restent très variables allant de la reconnaissance de la simple signature de la convention constituant l'essentiel de la collaboration universitaire ou à l'investissement majeur des facultés de médecine et des universités pour développer une véritable politique de pédagogie appuyée en particulier sur les technologies nouvelles (vidéotransmission, etc.), afin de préserver dans chaque région la dispersion géographique des anciens centres de formation (instituts de formation infirmière).

Parallèlement, le rapport Hénart-Berland-Cadet, remis au ministre du Travail de l'Emploi et de la Santé, au ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, à la secrétaire d'État chargée de la Santé en janvier 2011, concluait de la façon suivante : « *Il s'agit de redonner compétence à l'État sur l'ensemble des questions de formation aux professions paramédicales de niveau licence et au-delà pour simplifier le dispositif actuel des compétences croisées et ancrer les formations*

paramédicales dans un champ universitaire national, clair et reconnu par tous les acteurs. »

Il existe aujourd'hui, en France, deux formations de niveau master qui répondent au niveau M :

- le master sciences cliniques infirmières proposé par l'EHESP, en partenariat avec l'université de Marseille, avec trois parcours (infirmières de pratiques avancées en oncologie, infirmières de pratiques avancées en gériatrie, infirmières coordinatrices de parcours complexes de soins). Toutefois, il semble que ce master devrait fermer dès la prochaine année universitaire ;
- le master organisé par l'UFR des sciences de la santé de l'université de Versailles, Saint-Quentin-en-Yvelines (sciences cliniques en soins infirmiers) avec trois parcours (spécialistes cliniques en psychiatrie et santé mentale, spécialistes cliniques en maladies chroniques et dépendances [hors oncologie], spécialistes cliniques en douleurs et soins palliatifs).

Enfin, il faut noter que dans les derniers contrats quinquennaux de contractualisation concernant l'offre de pédagogie et l'offre de recherche, toutes les demandes de master « professionnalisé » concernant le secteur infirmier ont été refusées...

En conclusion, si la réingénierie du cycle de formation des infirmiers/ères nécessite encore des efforts d'investissement sur le plan pédagogique, force est de constater que le niveau M, qui est en parfaite corrélation avec le rapport proposé aux différents ministres de tutelle dès janvier 2011, reste « anecdotique » dans le cadre de l'offre de formation au sein des universités françaises.

La directive européenne 2013-55 préconise d'intégrer ce dispositif de formation universitaire avant deux ans, c'est-à-dire avant 2017.

MERCREDI 3 DÉCEMBRE 2014

Le CHU, hôpital international

Discussion et présidence

Pr Jean-Pierre VINEL Président de la Conférence des doyens des facultés de médecine

8h50

Conférence introductive

Dr Denis LABAYLE Écrivain, président de l'Association Sud-Francilien Afrique

Les erreurs de planification médicale pendant plus de quarante ans et l'absence de politique de répartition des médecins ont abouti à une situation de crise : un manque de médecins sur le territoire. Les mêmes erreurs ont été faites dans d'autres pays d'Europe.

Ainsi, actuellement, plus de 20 000 médecins étrangers travaillent chez nous. Avec un nombre presque semblable en Angleterre, en Allemagne, au Canada, aux États-Unis... On estime à près de 160 000 le nombre de soignants (médecins et infirmières) ayant quitté le continent africain aux cours de ces dernières années. D'où, là-bas, une désertification médicale dramatique, des hôpitaux vétustes, un manque de médicaments. Un pays ne peut se développer sans assurer à sa population une santé de qualité. La santé ne vient pas après l'économie, mais le développement économique est dépendant de la santé de ses habitants.

Alors, chez nous, que faire ? Envoyer des ONG prodiguer des soins en remplacements des médecins qui travaillent chez nous ? Solution aussi paradoxale qu'absurde.

Envisager une autre politique avec l'Afrique, une politique économique du gagnant/ga-

gnant ? Certainement. Mettre un terme à l'actuelle France-Afrique dont on connaît toute la perversité et les conséquences graves pour la population ? Mais cette orientation ne dépend pas de nous. Imaginer une autre politique de santé ? C'est possible. Passer de la notion d'« aide humanitaire » à celle de « coopération médicale internationale ». Et, en attendant cette mutation, revoir notre politique sanitaire avec l'Afrique.

L'urgence est d'enrayer la fuite des cerveaux et d'aider ceux qui sont prêts à rester là-bas.

Résoudre chez nous le problème de la démographie médicale : revoir le *numerus clausus* ; évaluer les besoins région par région ; reconsidérer la liberté d'implantation des médecins sur le territoire.

Et pour l'Afrique : coopérer autrement. Ne plus faire de missions de soins localement, sauf situation d'urgence, mais former le personnel médical et équiper les hôpitaux (exemple : l'Association Sud-Francilien-Afrique.) Créer des jumelages authentiques entre hôpitaux européens et africains. Créer une coordination efficace des initiatives existantes. Organiser une vraie coopération sanitaire. En attendant mieux...

1^{re} table ronde Le CHU made in France

Modérateurs

Pr Jean-Pierre VINEL Président de la Conférence des doyens des facultés de médecine

Pr Georges LEONETTI Doyen de la faculté de médecine de Marseille

9h05

Le modèle français vu de l'étranger

Pr Ahmed MAHERZI Doyen de la faculté de médecine de Tunis

Le système de soins français est reconnu parmi les meilleurs au monde : les CHU assurant leur triple mission de soins, formation et recherche, et la valorisation de l'hôpital public et du statut hospitalo-universitaires ont toujours été les points forts : ces points forts sont-ils encore d'actualité ? Un sondage auprès des étudiants, des internes et des enseignants de la faculté de médecine de Tunis ayant effectué des stages dans les CHU français en 2014 conforte cette impression d'un système de soins performant. Néanmoins, une vision critique appuyée par des articles dans les médias et/ou réseaux français a permis de faire ressortir certaines problématiques au niveau du système de santé et du rôle et missions des CHU :

- crise de l'hôpital et du système de soins,
- difficulté de concrétiser la triple mission d'un CHU (soins, recherche et formation),
- pénurie de médecins, déserts médicaux,
- problématique au niveau du *numerus clausus*,
- les médecins à diplôme étranger : bouche-trou loin des CHU,
- médecine de première ligne peu valorisée,
- PACES ou le gâchis humain,

- diminution d'attractivité de la carrière hospitalo-universitaire,
- absence d'évaluation adéquate.

Toutes ces problématiques rendent nécessaire une nouvelle approche concernant le rôle et les missions des CHU :

- les CHU et les facultés de médecine doivent être indissociables,
- les CHU et facultés doivent être des partenaires de plein droit des projets de santé à côté des décideurs, des autres acteurs de la santé et de la société civile,
- les CHU et les FM doivent contribuer à améliorer la performance des systèmes de santé et du niveau de santé des citoyens et des populations, par une adéquation des programmes de formation aux problèmes prioritaires de santé et aussi par un plus grand engagement à anticiper les besoins en santé et en professionnels de santé du pays et à veiller à ce que les diplômés pratiquent là où sont les plus grands besoins en dispensant les services les plus attendus

Faisons le chemin ensemble pour une meilleure santé de nos citoyens.

9h20

La coopération hors Union européenne dans le domaine de la formation

Pr Philippe DEVRED AP-HM, ancien directeur régional du bureau Asie Pacifique de l'Agence universitaire de la francophonie

Un constat : la coopération existe depuis toujours, quelles que soient ses modalités, en fonction des liens avec les partenaires concernés, de volontés individuelles, de décisions politiques et de l'évolution des contraintes réglementaires. Cette coopération peut concerner des pays francophones, dont certains ont un système hospitalo-universitaire lié par l'histoire au système français, et des pays hors de l'orbite francophone effective mais intéressés par la formation « à la » française. Les différentes demandes et les situations existantes peuvent se lister comme suit :

• 1^{er} et 2^e cycles

Cursus en français dans des universités étrangères : pays de la francophonie politique (Vietnam, Cambodge, Laos...), pays hors francophonie (Chine...).

• 3^e cycle de spécialité

Entièrement en France : ECN à titre étranger, DES à titre étranger pour certains pays.

Partiellement en France : DFMS, DFMSA, assistants étrangers.

À l'étranger en français : avec un cycle complet DES (Laos, Cambodge, Madagascar...), avec mobilité possible de 1 an en France.

Avec appui au 3^e cycle national, par exemple au Vietnam, avec mobilité possible en France de 1 an.

• 3^e cycle de master-doctorat

Entièrement en France.

Partiellement en France : cotutelles.

À l'étranger avec soutien.

• Formation médicale continue

Non diplômante : congrès, séminaires, modules.

Diplômantes : DU-DIU ou diplômes étrangers.

Les demandes sont donc très variées et spécifiques, conditionnées par le contexte universitaire local et le développement socio-économique. Nos réponses doivent donc être mesurées et adaptées, souples et multipartenariales : universités, CHU, sociétés savantes y contribuent avec l'appui de financements complémentaires par la coopération bilatérale (ambassades de France), la francophonie (AUF), les collectivités locales, mais aussi les gouvernements des pays concernés et l'industrie.

Le cadre administratif actuel a réduit les possibilités de réponses en limitant les statuts d'accueil possibles. Pour le DFMS, le système actuel de sélection privilégie les étudiants issus de pays de la francophonie ayant un système universitaire superposable au nôtre (Maghreb),

alors que ce complément de formation est beaucoup plus bénéfique à des étudiants issus de pays émergents qui choisissent la francophonie et dont le cursus de spécialité est très différent du système français (Vietnam, Laos, Cambodge, Madagascar par exemple). Le DFMSA, en revanche, offre une possibilité de surspécialisation utile pour tout jeune médecin étranger. La centralisation rigide de mise en place du DFMS/DFMSA ne permet pas de répondre toujours aux attentes réelles des candidats et ne favorise pas la coopération décentralisée au niveau des universités et des CHU.

Il est enfin indispensable de donner un diplôme qui ait un sens au niveau international, diplôme qui valorisera le titulaire dans sa future carrière professionnelle.

9h35 Le patient étranger dans nos CHU

L'accueil des patients étrangers payants

Jean-Jacques ROMATET Directeur général de l'AP-HM

Si l'accueil de patients étrangers dans les établissements hospitaliers français n'est pas un phénomène récent, une demande particulière est apparue voici quelques années ; elle concerne le segment des patients étrangers payants, à fort potentiel solvable, essentiellement extra-européens.

Cette demande correspond dans les pays d'origine à un déficit d'offre adaptée, dû à des facteurs divers, et est une manifestation parmi d'autres du « besoin d'hôpital » croissant dans le monde et notamment dans les pays émergents. Elle a trouvé une réponse dans de nombreux pays, en Europe, mais aussi dans un certain nombre de pays émergents, qui sont le plus souvent par ailleurs des destinations touristiques majeures.

La question est de savoir si l'hospitalisation française veut répondre à cette demande et si elle peut le faire avec des chances de succès dans la compétition internationale qui s'est engagée.

Avant de répondre à cette double question, on peut estimer que la France est fondée à vouloir s'engager dans cette voie : sa médecine est renommée, sa recherche est à la pointe, son système de soins est parmi les meilleurs en termes d'accessibilité. D'autre part, la France a contribué à former de nombreux médecins et professionnels de santé dans le monde, a soutenu la construction des systèmes hospitaliers de pays partenaires, et continue à accueillir des stagiaires, des étudiants et des chercheurs.

Les pouvoirs publics, en déclinant dans le secteur sanitaire le concept de diplomatie économique, ont fixé le cadre de la démarche de construction d'une offre adaptée à cette demande spécifique. Ils ont aussi inscrit cette démarche dans le registre de l'attractivité internationale des CHU, à laquelle elle contribue fortement. À cet égard, la création de l'AFETI est un signal fort, avec l'objectif de constituer une masse critique pour l'assemblage des capacités de réponses françaises aussi bien sur les projets de coopération que sur les appels d'offres commerciaux, puisque les deux approches ne sont pas antagonistes et participent également de l'attractivité.

Cette volonté politique désormais clairement affichée relaie celle de la communauté hospitalo-universitaire qui, soucieuse de trouver des ressources complémentaires dans un contexte budgétaire tendu, a construit une réflexion portée par les trois Conférences auprès des cabinets avec des propositions concrètes.

Soutenus par une volonté politique forte, garants d'une appropriation par la communauté hospitalière, nous pouvons relever ce défi si un certain nombre de mesures d'ordres législatif et réglementaire, commercial et organisationnel sont prises afin de créer un environnement favorable.

Il convient également de lancer des projets innovants proposant des offres « packagées » afin de confronter les idées aux expériences de terrain : certains établissements ont commencé à le faire.

L'accueil des patients étrangers

Pr Suzy DUFLO Présidente de la CME du CHU de Pointe-à-Pitre

Hôpital, qui dérive du mot « hospice », « hôte », qui correspond au lieu où l'on reçoit un invité. L'invité, c'est le patient, qui doit être soigné selon les principes d'égalité, de neutralité et de continuité. L'hôpital est tenu de garantir « l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent [...], d'être ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services [et de] n'établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins ». De ce fait et concernant le patient, les soignants doivent faire abstraction de leur origine, de leurs opinions et de leurs croyances. Il n'est actuellement pas facile de répondre à tout moment et quel que soit le patient à ces exigences.

Le patient étranger peut avoir plusieurs visages. Il peut être celui qui choisit la France pour obtenir des soins spécifiques en rapport à une pathologie plus ou moins grave. Il peut ou pas disposer d'un visa sanitaire.

Il peut être celui qui séjourne provisoirement (vacances ou court séjour) en France et dont l'état de santé nécessite une intervention médicale plus ou moins urgente. Il peut ou pas être assuré lors de son déplacement.

Il peut être en situation irrégulière sur le territoire. La prise en charge d'une pathologie connue auparavant peut leur permettre de disposer compte tenu du système français d'une autorisation provisoire à résidence.

Actuellement, au sein du ministère de la Santé et des Affaires sociales, aucune circulaire sur la prise en charge du patient étranger n'est disponible. En accord avec le ministère des Affaires étrangères, des discussions et l'élaboration d'un projet de l'accueil du patient étranger et de la valorisation de l'expertise française sont en cours.

Les risques à gérer

Problème d'accès équitable aux soins : le patient étranger prend la place du patient français alors que les délais d'attente sont déjà importants pour les résidents français.

Problème économique :

- migration clandestine CMU/AME,
- migration tourisme médical :
 - rentable à valeur ajoutée pour le patient en capacité de payer,
 - pour le patient européen : carte d'assurance maladie,
 - très rentable à très haute valeur ajoutée (pays du Golfe, Russie, Chine)/accueil de patients et vente de conseils en organisation de soins.

Problème du risque sanitaire : BK résistant, BHre, virus émergent (Ebola, Sras...) avec impact fort sur notre système de santé.

Dans les Caraïbes, l'attractivité du plateau technique français est une évidence et des coopérations avec les îles environnantes sont en cours.

Coopération caribéenne au CHU de Pointe-à-Pitre Abymes

Patrice LECOMTE Directeur général adjoint du CHU de Pointe-à-Pitre

Des hasards des rencontres et des contacts individuels, des sollicitations ponctuelles... à des relations organisées et codifiées.

Contexte et demande de soins

Géographie et économie des Antilles

DOM : Martinique, Guadeloupe et multiplicité d'îles des ex-colonies britanniques, espagnoles et hollandaises, régions ultrapériphériques (RUP)

Un isolement lié à cette insularité avec des communications parfois difficiles, une vulnérabilité aux phénomènes naturels (cyclones, séismes, éruptions volcaniques...) et épidémiques (grippe, gastro-entérite, dengue, chikungunya...).

Une activité économique centrée sur le tourisme, secteur concurrentiel avec ses aléas et ses limites.

Des populations fortement touchées par le chômage (près de 30 % de la population active) et à faibles revenus, bénéficiant de transferts sociaux importants.

Des systèmes de santé très limités dans les petites Antilles, basés sur une médecine et des centres de santé ou hôpitaux de proximité avec des

besoins de recours importants, mais aussi parfois des doublons liés à des cohabitations historiques : CH de Saint-Martin et Sint Marteen Medical Center (SMMC) qui présentent des capacités assez similaires mais basés sur des systèmes de santé très différents qui peinent à coopérer

Contexte social

Des populations pauvres mais avec des niveaux de revenus inégaux.

Des systèmes de protection sociale en général peu élaborés et laissés à l'initiative individuelle : développement des assurances privées, mais des exceptions comme pour les îles de Saba, Saint-Eustache et Bonaire, municipalités néerlandaises qui bénéficient des mêmes droits que les citoyens néerlandais.

Des populations mobiles avec des phénomènes d'immigration clandestine : majoritairement Haiti, Saint-Domingue, Dominique, Sainte-Lucie, en ce qui concerne la Guadeloupe

Contexte politique

Des instances de coopération nombreuses et éparses d'une efficacité limitée en termes de ré-

sultats : Caribbean Community (CARICOM), Pan Caribbean Partnership (PANCAP) against VIH, Panamerican Health Organisation (PAHO), Caribbean Public Health Agency (CARPHA).

Rencontre de la demande et de l'offre de soins

Contexte de l'expression de la demande

- Prise en charge en urgence ou programmée.
- Patient sur le sol Guadeloupéen ou à l'extérieur et nécessitant un transfert.

Une prise de conscience institutionnelle avec l'implication de l'agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et la nomination d'un chargé de mission sur la période d'octobre 2013 à octobre 2014.

Principaux cas de figure rencontrés

- Touristes CEE et hors CEE, assurés sociaux ou non, assurés ou non...
- Travailleurs étrangers intervenant en Guadeloupe ou sur les îles périphériques.
- Migrants et clandestins bénéficiant ou non de l'AME.

Une activité limitée en nombre d'admissions (< 2%), mais une activité à risques

- Défaillances dans l'organisation de l'accueil et des soins.
- Image négative en cas d'incident (impact sur le tourisme et sur l'image de la France...).
- Insolvabilité des patients reçus et factures impayées (acomptes versés : environ 24 %, taux de recouvrement de l'ordre de 16 %).

Une anticipation et une organisation dédiée sont nécessaires autour d'une organisation médico-administrative associant toute la chaîne de prise en charge.

Organisation de l'accueil et des soins

- Connaître les besoins des ressortissants du pays demandeur et l'offre de soins locale pour assurer la complémentarité.
- Disposer de correspondants, mettre en place des procédures d'accueil autour des principales pathologies traitées.
- Organiser la réponse et assurer la disponibilité des équipes de soins médicales et non médicales, le suivi du dossier patient et notamment le CRH et les prescriptions de sortie.
- Coordonner le parcours : de l'admission à la sortie et au-delà : SSR, retours en consultation ou explorations...
- Faciliter l'accueil des proches et accompagnants (exemple de l'accord avec les îles hollandaises : famille d'accueil).

Formalisation des accords selon plusieurs cas de figure

- Accord international dès lorsqu'un État est impliqué : accords du 02/4/2012 entre le gouvernement néerlandais et Français pour les îles hollandaises de BES.

- Accords locaux avec des gouvernements locaux (voir Montserrat, Dominique, Antigua...), situation juridiquement incertaine.
- Accords bilatéraux avec des Hôpitaux ou centres de santé (République dominicaine, hôpital Alta Gracia).
- Coopération intégrée autour d'une problématique de santé : programme Interreg 4 « mise en place d'un observatoire intercaribéen sur le VIH » où le CHUPPA est chef de file d'un programme subventionné par le FEDER à hauteur de 5 303 550 € avec un médecin chef de projet : le Dr M-T Georger Sow et un staff dédiés à cette opération (études de besoins, actions hospitalières structurantes, actions associatives prolongées jusqu'à décembre 2015...).
- Participations à des programmes internationaux (ESTHER sur Haïti).

Problématiques particulières et freins au développement des actions

- Le temps nécessaire pour organiser ces prises en charge et le surcroît de travail qu'elles occasionnent.
- La barrière linguistique et l'accueil mitigé dans certains services, la tolérance des populations locales pour l'accueil d'étrangers.
- L'utilisation des moyens de transports aériens et de sécurité civile pour les urgences.
- L'accueil des VIP, la gestion des décès et des situations particulières.
- La loi du marché et la concurrence internationale (cf. politique hôtelière et commerciale des hôpitaux colombiens ou des États-Unis (Floride)...).
- La politique de tarification des prestations du CHU (tarif à la journée, à l'acte, au GHS...) avec majoration pour frais de gestion, concertation interhospitalière pour organiser des chaînes de prise en charge (exemple : Saint-Martin/CHUPPA/CHU de Martinique).

Conclusion

Concevoir une nouvelle approche dans laquelle ces patients étrangers apparaîtraient plus comme une opportunité économique et culturelle qu'une contrainte organisationnelle et financière.

Positiver et professionnaliser cette attractivité comme une reconnaissance de l'offre de santé et du rayonnement de la médecine française dans la Caraïbe (élément repéré au projet médical 2013-2018).

Développer une offre concertée avec le CHU de la Martinique

9h50 Promouvoir le modèle du CHU français à l'étranger

Martin HIRSCH Directeur général de l'AP-HP

Une demande réelle : le développement économique d'un certain nombre de pays qualifiés aujourd'hui d'émergents et l'apparition d'une classe moyenne aisée dans un grand nombre de pays conduisent la plupart des gouvernements à s'interroger sur leur système de santé et à essayer de promouvoir des améliorations substantielles de l'offre de soins réclamées. De plus, la notion de couverture santé universelle vécue comme une nécessité et un support de la croissance économique fait son chemin ouvrant l'accès aux soins à des millions de personnes qui en étaient auparavant exclus. Encore faut-il que l'offre de soins en regard puisse répondre à la demande. Dans ce cadre, le modèle français est particulièrement regardé et en son sein celui du CHU à la française. La demande émane d'opérateurs privés, d'État ou de bailleurs de fonds. Elle est quelquefois relayée par des industriels français ou des cabinets de conseil qui contactent les CHU pour bénéficier de compétences spécifiques, de cautions scientifiques ou de relais d'influence. Elle concerne enfin autant la construction que la gestion de structures hospitalières avec des demandes touchant de plus en plus les services, le système de gestion, le système d'information, la démarche qualité, l'accréditation.

Forces et faiblesses du modèle hospitalier français

Le secteur hospitalo-universitaire français dispose d'atouts non négligeables :

- la renommée de ses équipes médicales/l'influence relayée par les réseaux de médecins étrangers formés en France ou par l'école française de médecine/une réelle expertise sur différents segments stratégiques comme les services, les systèmes d'information, l'ingénierie biomédicale/la valeur reconnue à l'étranger de la déclinaison française de certains concepts, comme le Samu, l'organisation sanitaire territoriale, les filières de soins, la prise en charge du handicap, la rééducation, la gériatrie encore peu développée dans beaucoup de ces pays alors même qu'ils s'apprêtent à affronter un vieillissement très rapide de leur population/la capacité de relais par les réseaux diplomatiques et consulaires et les dispositifs de financement de la coopération par les crédits Migac de la DGOS.

Il souffre aussi de faiblesses structurelles face à une concurrence féroce européenne, notamment allemande, mais aussi turque, coréenne et américaine :

- le cadre législatif et réglementaire est inadapté à la réalisation d'activités commerciales. Chez nos concurrents européens, ce sont des opé-

rateurs privés qui agissent : ce sont soit des entreprises indépendantes de taille significative disposant d'une couverture financière conséquente, soit des filiales commerciales d'établissements de santé. En France, un établissement de santé n'a pas la possibilité de créer une filiale commerciale ;

- sur les demandes globales, l'offre hospitalière ne peut pas toujours s'adosser à une offre industrielle française, par exemple dans le domaine du matériel biomédical ;
- les opérateurs privés d'envergure significative capables d'assurer le portage de solutions de gestion intégrées sont peu nombreux alors que cette demande est quasi systématique. Aucune entreprise d'envergure ne peut y répondre seule. Et un établissement public de santé n'a pas la possibilité de gérer un hôpital à l'étranger car cette activité ne relève pas des missions qui lui sont dévolues par la loi ;
- dans le domaine stratégique de l'accréditation, aujourd'hui présent dans pratiquement toutes les demandes, la réponse française est absente. La loi n'a pas inscrit ces sujets dans le mandat de la Haute Autorité de santé (HAS) alors même que le modèle français de certification est d'excellente qualité et pourrait concurrencer celui de la Joint Commission américaine.

Enfin, des contraintes internes aux établissements viennent compliquer la donne :

- la capacité de mobilisation des ressources humaines est plus faible qu'auparavant : la charge de travail et les contraintes réglementaires ne permettent pas toujours, notamment pour les personnels médicaux et soignants sur des compétences hautement spécialisées, de dégager les temps nécessaires à la mise en œuvre de projets qui ne correspondent pas aux missions premières des établissements ;
- l'hétérogénéité des niveaux de pratiques linguistiques et la faible connaissance des problématiques hospitalières étrangères constituent pour les personnels non médicaux un handicap supplémentaire.

En conclusion, des perspectives s'ouvrent pour les CHU de bénéficier de retours sur les investissements pratiqués à travers la recherche médicale, la formation de médecins étrangers, la mise en place d'équipes de haut niveau. Elles s'accompagnent de l'opportunité de contribuer au rayonnement économique et industriel français, ainsi qu'à la francophonie et à l'influence.

Afin que la dynamique vertueuse s'enclenche, une volonté politique forte se traduisant par des mesures facilitatrices et assurant une visibilité à l'étranger doit soutenir la démarche de la communauté hospitalo-universitaire pour changer de paradigme car des concurrents ont pris de l'avance dans la compétition internationale.

2^e table ronde Formation et recherche internationales

Modérateurs

Pr Jean-Pierre VINEL Président de la Conférence des doyens des facultés de médecine

Pr Eric BELLISSANT Doyen de la faculté de médecine, université Rennes-1

11h15 L'accueil des médecins étrangers

Pr Dominique PERROTIN Ancien président de la Conférence des doyens des facultés de médecine

Dans le passé, la France a formé un grand nombre de médecins étrangers. Ces derniers, retournés dans leurs pays, contribuent encore aujourd'hui au rayonnement de la médecine française dans le monde. La France y a trouvé son intérêt, directement en termes d'image et indirectement par des retombées économiques.

Aujourd'hui (depuis deux décennies), on observe une diminution de l'influence française dans la compétition internationale de la formation médicale spécialisée. Plusieurs facteurs pourraient être incriminés mais deux semblent prédominer :

- une formation diplômante (DIS puis AFS/A puis DFMS/A) différente de celle offerte aux Français (DES) et, de ce fait, souvent non reconnue à l'étranger,
- une formation pratique qui se déroule de plus en plus souvent en dehors des CHU. Cette formation s'acquiert par l'intermédiaire de postes de FFI dont le financement est assuré par les hôpitaux publics. Dans ce contexte, il apparaît souvent que la production médicale devient prioritaire par rapport au souci de formation spécialisée. Ce constat s'accompagne d'un autre

effet collatéral : le non-retour de ces médecins dans leurs pays d'origine.

Parallèlement, le partenariat particulier France/pays du Golfe (Arabie Saoudite) mis en place depuis 2006 s'avère plutôt positif et pourrait constituer une base de réflexion pour élaborer un nouveau modèle.

Plusieurs conditions sont nécessaires pour améliorer cette formation spécialisée :

- un financement national fléché à cette intention qui ne doit plus reposer sur les hôpitaux,
- une formation pratique essentiellement hospitalo-universitaire et calquée sur celle des spécialistes français avec obtention d'un DES,
- des partenariats établis avec les différents pays intéressés par cette formation « à la française » avec fixation de quotas annuels pour chaque pays,
- une commission nationale chargée de la répartition de ces spécialistes en formation dans les différents CHU.

Il faut mettre fin au constat actuel : la France « importe » plus de médecins qu'elle « n'exporte » de formation médicale.

11h30 La formation des médecins français à l'étranger

Pr Isabelle RICHARD Doyen de la faculté de médecine d'Angers

L'installation de médecins ayant des diplômes obtenus dans d'autres pays suscite des polémiques anciennes. Le débat s'est amplifié avec la possibilité d'accès à l'ENC de tout étudiant européen ayant validé le deuxième cycle et la tentative d'ouverture de formation privée étrangère sur le territoire français.

Le premier enjeu est celui de la régulation du nombre de médecins formés. Le *numerus clausus* repose sur une volonté de réguler le nombre de médecins sur le territoire français par le nombre d'étudiants en médecine en France. La libre circulation des professionnels en Europe rend cette analyse caduque. Le *numerus clausus* apparaît un instrument obsolète et d'autres stratégies, dont l'accréditation des programmes de formation médicale, peuvent réguler de façon plus souple le nombre de diplômes délivrés. D'autres outils de critères d'installation, ou de conventionnement peuvent être mobilisés en parallèle. Mais imaginer une exception pour les pro-

fessions de santé à la libre circulation des professionnels en Europe, ou une immigration nulle des médecins ne paraît ni réaliste ni souhaitable.

La seconde question est celle des compétences des médecins à diplôme étranger. Des outils ont été mobilisés dans de nombreux pays européens pour évaluer les compétences, y compris linguistiques ou d'adaptation culturelle des candidats aux programmes de troisième cycle, ou à une licence d'exercice professionnel. La question des médecins étrangers et de la délivrance par le conseil de l'ordre de leur qualification pose en fait en creux celle de la certification de la compétence de tous les médecins. Ces questions doivent donc être abordées dans le cadre de la réforme du troisième cycle, en assurant une équité de traitement de tous les citoyens européens.

Le dernier enjeu, fréquemment polémique, est celui de la perception d'un traitement inéquitable des citoyens français non admis à s'inscrire en deuxième année d'études de mé-

decine, exacerbé lorsque des étudiants français, échouant deux fois au concours de PACES, poursuivent leurs études dans d'autres pays européens. Ils sont nombreux puisque 700 environ sont actuellement en formation à Cluj Napoca. La possibilité qu'ils ont de se présenter aux ECN a cristallisé un sentiment d'injustice.

Sans doute est-il temps de considérer que les études de médecine, comme les autres filières, s'effectuent sur un marché mondial de l'enseignement supérieur où il est très important que la France tienne sa place. À ce titre, il convient :

- de supprimer la PACES. Les bacheliers français qui choisissent aujourd'hui une première inscription dans une faculté de médecine étrangère expriment aussi le caractère obsolète d'une procédure d'admission qui n'est pas conforme aux standards pédagogiques internationaux ;

- d'envisager au niveau européen la régulation du nombre de certains professionnels ;
- de certifier la compétence, y compris relationnelle et linguistique des médecins, français ou étrangers, à diplôme français ou étranger. La réforme du troisième cycle et des outils efficaces de qualification doit le permettre ;
- d'entrer sur ce marché international de l'enseignement supérieur médical qui est une part d'une économie de la connaissance. Si notre formation médicale française est bonne, alors elle intéresse d'autres citoyens et doit pouvoir leur être proposée, en leur en faisant supporter le coût ou dans le cadre d'une stratégie diplomatique de coopération. Certaines facultés de médecine européennes forment 30 à 50 % d'étudiants non nationaux. Comme pour les autres filières, cela traduit leur attractivité et deviendra un critère de qualité. Il faut relever le défi et non s'en protéger.

11h45

Les réseaux internationaux de recherche

Pr **Olivier RASCOL** Coordonnateur de l'Infrastructure F-CRIN

La recherche clinique évolue à grande vitesse : intégration de nouvelles méthodes et de nouvelles techniques, multidisciplinarité, complexification éthico-juridico-réglementaire, contraintes économiques, recours à des échantillons toujours plus grands de sujets ou de données... Ces changements créent de nouveaux besoins, justifient de nouveaux modes de fonctionnement et d'organisation, et nécessitent le recours à des structures de plus en plus professionnalisées

Face à ces besoins croissants, plusieurs initiatives ont déjà été mises en place pour répondre à la demande au niveau national, comme en témoigne le développement, durant les vingt dernières années, au sein des CHU de structures comme les centres d'investigation clinique (CIC) et les directions de la recherche clinique et de l'innovation (DRI). Ces structures locales ont progressivement fait le constat qu'elles partageaient avec leurs homologues des autres CIC, DRI et CHU des problématiques similaires, qu'il s'agisse de formation, d'animation, de démarche qualité, de constitution et de gestion de bases de données cliniques, biologiques ou d'imagerie, ou d'autres activités transversales. En outre, cliniciens et chercheurs ont rapidement réalisé la nécessité de se regrouper pour atteindre la masse critique nécessaire assurant l'accès à un nombre suffisant de patients, la visibilité et les expertises complémentaires indispensables au succès d'une recherche clinique moderne, choses rarement réunies sur un seul site. De ce constat est née une dynamique de regroupement, avec par exemple en France le réseau national et les réseaux thématiques des CIC soutenus par l'Inserm, les réseaux des CLCC, puis les réseaux de

recherche clinique soutenus par le CENGEPS et plus récemment par F-CRIN. Dans tous les autres grands pays européens, cette organisation nationale en réseau a émergé aussi (NIHR CRN au Royaume-Uni, KKS Network en Allemagne...).

On ne peut que constater l'internationalisation croissante des programmes de recherche. Au plan européen, les choses s'avèrent moins bien structurées qu'au niveau national, mais on peut prédire que cette dimension s'imposera rapidement en termes d'efficacité et de compétitivité pour :

- réunir des compétences dispersées,
- s'adapter aux besoins liés par exemple aux maladies rares ou aux très grandes bases de données,
- tenir notre rang face à nos homologues académiques américains et asiatiques,
- nous hisser au niveau décisionnel stratégique « globalisé » de l'industrie pharmaceutique,
- répondre aux financements de plus en plus importants en provenance de l'UE (ex : H2020)...

Plusieurs exemples de réseaux financés par l'UE montrent la voie comme dans le domaine de la logistique des essais cliniques (ECRIN), des collections biologiques (BBMRI), du cancer (ECERI) et d'autres disciplines cliniques telles que la pédiatrie (Enpr-EMA), la psychiatrie (EU-AIMS)... Les projets de recherche clinique multinationaux posent des problèmes spécifiques liés à la diversité des partenaires et de leurs environnements juridico-réglementaires. La structuration en réseaux européens apporte une dynamique nouvelle et des solutions opérationnelles. La France dispose de réseaux nationaux performants dans de nombreux domaines. Il faut les aider stratégiquement et financièrement pour prendre le leadership au niveau européen.

14^{es} ASSISES NATIONALES
hospitalo-universitaires

MARSEILLE 2 et 3 décembre 2014
Parc Chanot



Organisation

héral

44, rue Jules-Ferry - CS80012
94408 Vitry-sur-Seine Cedex
v.laloue@heral-pub.fr
n.berndt@heral-pub.fr

**Contact Conférence
des présidents de CME**

Caroline Jacquin
caroline.jacquin@ap-hm.fr
Tél. : 06 72 68 49 40

**Contact Conférence
des directeurs généraux de CHU**

Annie Soyez
a-soyez@chu-montpellier.fr
Tél. : 06 31 99 42 84

**Ont apporté leur aimable participation
à cette manifestation, les entreprises :**

A2MO, Abbott Diagnostics, AIA Associés,
Anticyclone, APM International, Art & Build, Artelia,
Ateliers JC Saley, Axège, BEAH, Biolume Résinor,
Bouygues Construction, Cerner, Chabanne & Partenaires,
Cogis Vocal, Dalkia Groupe EDF, Delabie,
Eiffage Construction, Elior, Elsevier Masson, Gerflor,
Gestions hospitalières, GMF Assurances, Groupe CSF,
H4D, Héral, Hoist Locatel, Icade, Ingérop, Janssen,
Konica Minolta, Maincare Solutions, Mediance-Medirect,
MNH, Novartis, Relais H Café, Robotik Technology,
S-E-O, Sanilab-Presto, Sanofi, Schneider Electric,
Sham, SMPS, SNC-Lavalin, Softway Medical,
TPS-WSP, UniHA, Vidal Group