

Propositions du CNCR pour la Loi de Programmation Pluriannuelle de la Recherche

Le Comité National de Coordination de la Recherche (CNCR) représente la recherche des établissements publics de santé. Il souhaite apporter sa contribution aux propositions relatives à la Loi de programmation pluriannuelle de la recherche en préparation, sur la base de propositions portées par les CHU.

Les CHU se positionnent comme des acteurs de la recherche de leurs Universités, avec leurs propres structures de recherche articulées avec les laboratoires des EPST. En effet les CHU :

- ont pour mission le soin l'enseignement et la recherche depuis leur origine ;
- sont inscrits au Répertoire National des Structures de Recherche (RNSR) ;
- reçoivent des financements publics pour leur activité de recherche ;
- sont évalués par le HCERES pour leur activité de recherche.

Le champ de la recherche des CHU va de la recherche clinique et translationnelle à la recherche en sciences humaines et sociales, la recherche en ingénierie, en intelligence artificielle, en droit et en économie.

C'est ainsi que les CHU sont à même de participer à la réponse aux grands défis sociétaux dont la santé fait partie: révolution numérique et de l'intelligence artificielle, vieillissement de la population, explosion des maladies chroniques, anticipation de grandes épidémies, impact du changement climatique.

C'est ainsi également que les propositions faites ici, répondant au mieux aux missions des trois groupes de travail, se veulent générales et non thématiques, même si elles sont propres au secteur hospitalier.

1. Propositions concernant les métiers de la recherche

De manière générale et préliminaire, il convient de souligner que le financement à l'activité de soins à 100% peut engendrer une compétition entre les activités de soins et de recherche. Dès lors, la question de la **sanctuarisation** d'un temps médical (et paramédical) pour l'activité de recherche doit être abordée.

Il est par ailleurs difficile dans certaines disciplines (1) d'attirer les jeunes médecins à la recherche, (2) de proposer des carrières compétitives sur le long terme, et (3) d'attirer des chercheurs étrangers.

De plus, le cantonnement de l'activité de recherche aux seuls hospitalo-universitaires dans les établissements de santé est réducteur, (1) en empêchant la diversification du champ de la recherche hospitalière en dehors de la santé proprement dite, (2) en interdisant le recrutement de chercheurs non médecins de profil plus « translationnel » ou « appliqué » que les chercheurs des EPST, (3) en ne reconnaissant pas la recherche effectivement réalisée par les praticiens non universitaires.

Enfin les personnels d'appui à la recherche sont difficiles à pérenniser du fait de la précarité des emplois proposés.

a. Faciliter les doubles parcours médecin-chercheur ou médecin-ingénieur

Différents dispositifs existent déjà à l'initiative de l'INSERM, de certaines universités ou de certains établissements de santé (dans le cadre des DHU/FHU notamment) pour permettre à de jeunes médecins un **parcours « médecine sciences »** leur autorisant une année de césure pour un M2 en deuxième cycle des études médicales et en facilitant l'organisation d'une thèse d'université après l'internat.

Ces dispositifs sont cependant anecdotiques et de tels parcours devraient être favorisés et financés au travers de **concours ouverts aux médecins français mais également européens permettant un financement de thèse** dans de nombreux domaines où l'expertise médicale serait un plus pour le futur chercheur : disciplines biologiques, mais aussi ingénierie, physique, mathématiques, sciences humaines et sociales, etc... Il conviendrait également **d'ouvrir aux CHU comme aux EPST la possibilité d'attirer des doctorants dans le cadre du dispositif CIFRE.**

Pour ces doctorants inscrits dans un double parcours, les CHU doivent pouvoir être des terrains de stage doctoral dans leurs structures de recherche, habilités par leurs universités et écoles doctorales.

b. Proposer sur projet des dispositifs de valorisation financière des carrières.

La question du salaire insuffisant des chercheurs français au regard des standards internationaux est très générale. Elle représente un frein à l'attractivité des carrières de recherche et diminue la compétitivité des laboratoires français avec non seulement la difficulté de recruter des chercheurs étrangers mais aussi le risque de perdre nos meilleurs talents attirés par des universités étrangères. Pour les médecins-chercheurs, le risque est accru par la compétitivité de carrières de soins en secteur libéral.

Des dispositifs permettant **d'améliorer le traitement des chercheurs au travers de financements de projets, financés par les organismes financeurs des projets** pourraient être proposés.

c. Favoriser la mobilité des chercheurs pour valoriser les carrières et réensemencer la recherche

Si certaines mobilités sont observées parmi les chercheurs des EPST qui peuvent changer de laboratoire en restant sur leur poste, cela n'est pas le cas des chercheurs universitaires, très peu mobiles d'une université à une autre au-delà de la période requise pour la promotion universitaire. Les universités elles-mêmes ne favorisent d'ailleurs pas toujours de telles mobilités, même temporaires, de crainte de perdre leurs talents.

La facilitation de la mobilité au cours de la carrière d'une université à une autre, française ou européenne, au-delà d'une simple année sabbatique, permettrait un renouvellement des thématiques d'un chercheur, valorisant au niveau individuel, efficient pour la qualité de la recherche produite, et à même de créer ou renforcer des partenariats.

Par ailleurs, des **périodes de mobilité sur un même site au cours des carrières des chercheurs sont à encourager**, dans le même but d'améliorer l'attractivité des carrières et de réensemencer les thématiques de recherche avec de nouveaux talents. C'est ainsi que des passages d'un établissement hospitalier à un laboratoire d'un EPST au-delà du temps de la formation doctorale, ou un passage pour un temps dans un laboratoire privé, à même ici aussi de créer ou de renforcer des partenariats, devraient être possibles.

d. Généraliser la possibilité de « CDI chantiers/projets » pour les personnels d'appui à la recherche

Aujourd'hui quasiment la seule façon d'embaucher des personnels d'appui à la recherche, techniques ou administratifs est de le faire au travers de CDD qui, en plus de laisser ces personnels dans la précarité, ne permettent pas de les pérenniser, alors qu'ils ont acquis un savoir-faire parfois très spécifique, précieux et peu transposable. **Le recrutement de personnels sur des CDI financés par les projets de recherche de la structure** est une réponse qui existe dans le secteur privé et à généraliser au secteur public.

e. Valoriser par une prime d'excellence l'activité de recherche des praticiens non universitaires (PH).

De nombreux PH des CHU participent à la recherche de façon significative, au-delà de l'inclusion de patients dans des protocoles, avec une activité de publication qui leur est propre et participe à la production scientifique du CHU et de son université.

Au-delà de la sanctuarisation d'un temps spécifique évoquée *supra*, la valorisation financière de cette activité au travers d'une **prime d'excellence financée par le CHU sur projet et/ou par l'université au regard des publications** serait un facteur important d'attractivité pour ces praticiens (la recherche et le travail en équipe sont les deux facteurs d'attractivité principaux pour les établissements publics des PH) et une incitation réelle à avoir une activité de recherche propre.

A la sanctuarisation d'un temps enseignement & recherche et à cette valorisation financière, il convient d'ajouter un volet relatif à la **professionnalisation et aux formations à la recherche - entrant dans le cadre du DPC -**, pour sécuriser et répondre aux exigences règlementaires toujours plus importantes.

f. Créer un statut de chercheur hospitalier à même d'accélérer la recherche de transfert

C'est la proposition la plus disruptive. De nombreux projets de recherche menés dans les centres hospitaliers nécessitent des compétences et des formations spécifiques, non médicales : chercheurs en biologie, en physique (champs de la médecine nucléaire et de l'imagerie), en sciences humaines et sociales, en économie, en informatique et bio-informatique, en biostatistiques... Ces chercheurs, titulaires d'un doctorat, publiant, ne peuvent prétendre au mieux qu'au statut d'ingénieur hospitalier.

Recrutés en CDI sur projets, ces chercheurs hospitaliers non médecins et à 100 % sur des missions de recherche, permettraient une accélération de l'activité de recherche des CHU, leur faciliteraient l'accès à des financements compétitifs notamment européens, et seraient les interlocuteurs quotidiens de leurs homologues des EPST.

2. Propositions concernant le financement de la recherche

a. Lever les contraintes budgétaires et financières qui pèsent sur les organismes de recherche.

Les acteurs intervenant dans le domaine de la recherche, en France, sont nombreux, de nature juridique hétérogène (EPSCP ; EPST ; EPA ; EPIC ; EPS ; GIP ; GCS etc ...) et soumis à des contraintes juridiques, budgétaires et techniques parfois très différentes.

Par exemple, les EPST doivent voter au travers de leur organe délibérant le report de leurs crédits (subvention d'Etat) qui ne sont pas automatiques tandis que les EPSCP ne subissent pas cette difficulté. De même, les EPS sont parfois bloqués par le plafond d'emplois pour les postes issus des projets de recherche – tandis que d'autres organismes n'ont pas cette difficulté (les recrutements sur projet sont alors hors plafond d'emplois).

Programmer l'harmonisation des règles applicables à ces acteurs en se calant, par exemple, sur le régime le plus favorable et/ou le plus simple favoriserait l'efficacité des acteurs et serait un facteur de simplification.

b. Harmoniser les règles de gestion des organismes publics finançant la recherche en France

Aujourd'hui, chaque opérateur ou organisme de recherche a ses propres règles ou son propre règlement financier dès lors qu'il intervient en tant que financeur de projets de recherche.

C'est par exemple le cas pour l'ANR, BPI France, les collectivités locales, l'Union européenne, les EPST, le ministère de la santé (DGOS ou DGS), les Universités, l'Anses, l'Agence de biomédecine, etc ... Aussi, chacun d'entre eux a ses propres règles de gestion dès lors qu'il soutient des projets ; aussi et par exemple les règles d'utilisation des crédits, de recrutement des personnels, d'achat d'équipement et/ou de consommables, d'audit, de reporting diffèrent substantiellement d'un acteur à un autre. Ces règles sont d'ailleurs parfois très complexes et contrairement à l'intérêt de la science elle-même. Par exemple, l'Union européenne accepte seule de rembourser les temps des statutaires affectés sur les projets de recherche bien que cette disposition ait beaucoup de sens. D'autres organismes sont d'accord pour rembourser les CDI affectés sur les projets mais cette possibilité reste très rare. Enfin, selon les opérateurs, les recrutements de CDD sur les projets sont très disparates.

Il serait donc très précieux de simplifier le système dans son ensemble si les règles de gestion convergeaient entre tous ces acteurs.

A l'image de la convention unique à promotion industrielle, **une convention unique à promotion académique pourrait être généralisée pour normaliser les relations entre académiques et raccourcir ainsi les délais de contractualisation.** Un règlement financier unique en France sur la gestion des projets de recherche pourrait alors être imposé au plan législatif afin d'harmoniser, à terme, les règles à ce sujet. Ce règlement financier unique pourrait utilement reprendre les éléments de la loi Pacte qui imposent la mise en place de commissions de déontologie destinées à étudier les conditions dans lesquelles les professionnels peuvent prendre des parts ou des responsabilités dans des sociétés issues de la valorisation de la recherche.

c. Pérenniser les appels à projet de type « Recherche Hospitalo-Universitaire » (RHU) à fort potentiel de valorisation.

Ces dispositifs issus initialement de l'expérimentation des départements et fédérations hospitalo-universitaires (DHU et FHU) ont fait l'objet de 5 vagues successives dans le cadre du PIA, ayant permis le financement de projets d'envergure associant les établissements hospitaliers, les universités, les EPST et des partenaires privés, pour des projets innovants à forte valeur ajoutée. Ces financements très compétitifs ont eu un effet structurant sur des secteurs d'excellence y compris dans des « petits CHU ». Ils permettent la constitution de grandes cohortes et la réalisation d'essais répondant aux grands enjeux de santé publique. Impliquant les industriels de façon parfois risquée, ils créent les conditions de partenariat public-privé efficaces sur le long terme.

La pérennisation de ce type d'appel à projets au-delà de la cinquième vague, par exemple tous les deux ans, hors PIA, permettrait d'étendre aux établissements de santé la culture du partenariat en matière de recherche, et la maturation de projets d'envergure sur plusieurs années.

d. Financer des équipements et des plateformes mixtes Soins / Recherche grâce à des sources publiques et privées

Le développement de la médecine de précision fondée sur l'utilisation des données massives, la révolution numérique et l'intelligence artificielle, nécessite des équipements de séquençage des acides nucléiques de nouvelle génération, mais aussi de métabolomique, protéomique, des équipements informatiques puissants capables d'intégrer les données de santé et les données biologiques, des équipements d'imagerie de plus en plus performants, des outils numériques intégrant les données obtenues à domicile (« homics »), etc...

Ces équipements sont générateurs et hébergeurs de données utilisées à des fins de recherche et aussi pour la réalisation du soin, aujourd'hui dans le domaine de la génomique des cancers par exemple mais demain dans un champ bien plus vaste concernant également la prévention, les maladies chroniques ou le vieillissement.

La mutualisation de ces plateformes et équipements, qu'ils soient ou non localisés et gérés par les CHU, entre des équipes de soin et de recherche, doit être anticipée pour éviter la multiplication des doublons.

Au-delà de l'économie représentée par la mutualisation de financements mixtes public-privé et recherche-soin, ces dispositifs permettraient d'enrichir l'interaction soin-recherche.

e. Favoriser l'accès aux financements européens en organisant / finançant les jumelages d'établissements français avec des établissements étrangers.

Une des difficultés principales de la constitution de consortiums internationaux est soit la méconnaissance soit la concurrence des équipes internationales entre elles. Des **accords-cadres passés entre les établissements eux-mêmes au niveau institutionnel** favorisant le rapprochement entre les équipes permettraient de surmonter ce frein.