



## Les CH promoteurs, exceptions ou précurseurs ?

Pour le moment, la démarche est encore très perso-dépendante. Coup de projecteur sur les établissements précurseurs stimulés par leurs praticiens hospitaliers exerçant encore en hôpital universitaire ou entretenant toujours des liens étroits avec leurs professeurs.

### Le CH de Versailles : promoteur de la recherche

Un contexte et une culture internes propices. Interview d'Anne Lefebvre, secrétaire générale du CH de Versailles.

#### Quelle est la clé du succès des initiatives du CH de Versailles ?

Plusieurs facteurs entrent en jeu. Parmi les plus importants, j'en citerais deux, dont l'un est spécifique aux centres hospitaliers (non universitaires).

En premier lieu, il faut « oser ». La recherche

figure parmi les missions de service public (l'article L. 6112-1 indique que « les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes [...] 3° l'enseignement universitaire et post-universitaire, 4° la recherche »). La recherche n'est

donc pas réservée aux seuls CHU, le centre hospitalier doit être présent; d'autant que le bassin de population desservi est important et diversifié. C'est le cas pour le CH de Versailles, qui répond aux besoins de la population, grâce à des activités qui conjuguent proximité et spécialités. « Oser » permet également d'ouvrir la recherche aux paramédicaux. Les médecins se sont investis de longue date dans la recherche; les paramédicaux viennent de rejoindre le mouvement, puisque le premier projet de recherche paramédical vient d'être déposé cette année. Le deuxième élément est la structuration. Pour être dynamique et de qualité, la recherche doit mettre en place une infrastructure qui relaie l'investissement individuel d'un ou de plusieurs médecins. Il est vrai que le CHV emploie 14 médecins avec fonctions universitaires, ce statut permettant de « protéger » un temps pour la recherche (et l'enseignement). Mais la recherche n'est pas effectuée par les seuls PU-PH, elle est, à parité, produite par les praticiens hospitaliers. Il est important d'accompagner les acteurs. La direction a

## chiffres

### La recherche au CHV

- 500 patients inclus dans des recherches en 2010
- 52 nouveaux essais ouverts en 2011 (27% industriels, 73% institutionnels); parmi ces 52 essais, 4 sont à promotion CHV
- 239 essais en cours (69% académiques; 31% industriels) dont 21 promotions CHV
- 1 essai a été retenu au PHRC 2011; par ailleurs, le CH de Versailles est plateau technique pour 2 PHRC
- Score Sigaps: 3 564 points
- Score Sigrec: score essais: 130 (2<sup>e</sup> rang national hors CLCC et CHU); score inclusions promoteur: 309; score inclusions investigateur: 320; score enseignement: 84 points
- 73 publications en niveau A

toujours soutenu l'investissement dans la recherche, en identifiant notamment des locaux (250 m<sup>2</sup>) et une équipe dédiée. Ce soutien est constant, y compris pendant la période de difficultés budgétaires aiguës qu'a traversée l'hôpital lors de la mise en place de la T2A en 2007.

Autre facteur clé: le CH de Versailles est un hôpital «communicant». De taille raisonnable (700 lits et places, dont 500 MCO), monobloc, les services y travaillent de manière transversale, ce qui favorise le partage d'expérience et l'émulation. Une commission recherche a été identifiée au sein de la CME, qui permet de fédérer les acteurs, d'accompagner les nouveaux venus et de montrer à chacun que faire de la recherche, c'est possible!

*Le CH de Versailles, un cas atypique en Île-de-France face à la suprématie de l'AP-HP?*

Les relations avec l'AP-HP relèvent d'une dynamique partenariale. La recherche du CH de Versailles travaille en partenariat fort avec l'une des unités de recherche clinique de l'AP-HP; dans le souci d'accompagnement des acteurs, une équipe locale s'est constituée sur place, qui a permis d'être plus proche des chercheurs, en particulier des promoteurs. À tel point que l'hôpital a été identifié comme DRCl (délégation à la recherche clinique et à l'innovation) en juillet 2011. Cette reconnaissance n'a rien changé dans les relations de confiance, nouées de longue date avec l'AP-HP, qui se poursuivent donc, dans un partenariat intelligent.

*Et quel partenariat impulsez-vous sur le plan académique?*

Au titre de l'enseignement, les services hospitaliers du CHV assurent la formation clinique de nombreux étudiants et nous

travaillons étroitement avec l'université de Versailles/Saint-Quentin-en-Yvelines. En 2011, nous avons accueilli 102 internes et 90 étudiants dont 6 à la pharmacie.

Au titre de la recherche, les 14 praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires du CHV développent une importante activité scientifique: recherche clinique, publications scientifiques, essais cliniques... La maison de la recherche du CHV, implantée sur le site de l'hôpital André-Mignot au Chesnay, héberge 11 assistants de recherche clinique (ARC) et techniciens d'études cliniques (TEC), qui travaillent actuellement sur plus de 200 études.

*Donnez-nous une avancée médicale produite par le CHV.*

Une équipe du CH de Versailles vient de démontrer qu'en fractionnant les doses de Gemtuzumab Ozogamicin (GO), médica-

(1) « Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé », Pierre-Louis Bras et Dr Gilles Duhamel, Igas 2009.

## Extraits du livre blanc du Collège national des cardiologues des hôpitaux

**Le dynamisme de la recherche cardiologique en CH, données repères.**

« Plus de la moitié des patients sont recrutés dans les CH: Ofica (registre des hospitalisations pour insuffisance cardiaque aigüe) en 2009 et Fast-MI en 2005 et 2010 (registre des hospitalisations pour infarctus du myocarde). Ces patients sont la cible des protocoles de recherche financés par les grands groupes industriels.

700 publications indexées dans Pubmed sur les cinq dernières années ont comme coauteur un cardiologue du CNCH.

Le Cengeps (Centre national de gestion des essais des produits de santé) a permis en 2010 d'initier dans 10 CH l'embauche d'ARC, TEC et IRC dont les emplois ont pu être pérennisés par les financements industriels issus des patients inclus dans les protocoles de recherche.»

Source: <http://www.leslivresblancs.fr/sante-medicine/systeme-hospitalier/livre-blanc/livre-blanc-du-cnch—conseil-national-des-cardiologues-des-hopitaux-1827.html>  
Livre blanc du Collège national des cardiologues des hôpitaux, CNCH, *Un vivier de recrutement pour les études de recherche clinique*, pp. 67-73.

## Le point de vue de la CNDCH

« Sur les 650 centres hospitaliers que compte la France, plus de la moitié développent des activités expérimentales. Parmi eux, 150 disposent d'un budget supérieur à 100 millions d'euros soit la moitié d'un petit CHU. Cette assise financière permet de lancer des études cliniques sur les fonds propres de l'hôpital; études conduites dans l'attente de remporter un appel d'offres qui confortera la démarche.

Combien d'équipes hospitalières ont ainsi engagé des travaux de recherche? Difficile à dire. Pas cotée ni recensée, cette recherche existe pourtant bel et bien; le sujet mériterait qu'on s'y attarde davantage. Cette activité mériterait surtout d'être mieux encouragée et soutenue. Il serait intéressant de constituer une base de données, par exemple en adressant un questionnaire à chacun de ces établissements.»

**Denis Fréchou, président de la Conférence des directeurs de centres hospitaliers**

ment jugé si toxique qu'il avait perdu l'autorisation de mise sur le marché aux USA, et en le couplant avec une chimiothérapie standard, l'espérance de vie des patients âgés de 50 à 70 ans atteints d'une leucémie aiguë myéloïde (LAM) était prolongée. L'étude a été menée par le Pr Sylvie Castaigne. Cela représente un réel espoir pour ces patients.

## **Comment la DRCI a-t-elle été attribuée au CHV?**

Les financements liés à la recherche sont souvent liés à des scores; lesquels ont pour vocation de dynamiser la recherche, plutôt que de reconduire des budgets existants. C'est donc grâce aux scores de promotion que le CHV a été retenu, seul CH général parmi 44 CHRU, l'ESPIC et l'hôpital psychiatrique. L'attribution de la DRCI concrétise et reconnaît en quelque sorte un positionnement acquis. Mais l'introduction d'un modèle dynamique de financement, basé sur des scores, permet de faire émerger de nouveaux acteurs et nous en avons bénéficié.

## **Quelles retombées indirectes de la politique d'excellence en recherche?**

Difficile de mesurer objectivement l'impact en termes de recrutement ou d'image vis-à-vis des patients, bien qu'on puisse estimer que l'information délivrée à la patientèle contribue à la confiance qu'ils font à l'éta-

blissement. Chez les médecins, en plus d'une attractivité renforcée qu'il est difficile de mesurer; on observe que l'émulation fonctionne: une grande partie des «nouveaux arrivants» et des jeunes médecins participent à des travaux de recherche clinique.

## **La politique nationale en matière de recherche est-elle favorable aux CH au-delà de la déclaration d'intention?**

Jusqu'à très récemment il faut reconnaître que le mode de financement de la recherche clinique laissait peu de place aux CH. Le fonctionnement des Merri, divisées en trois enveloppes, en sont la démonstration et un rapport de l'Igas<sup>(1)</sup> de novembre 2009 a bien analysé ce phénomène: «Si des négociations sont entamées depuis 2008-2009 pour améliorer la logique et la pertinence du modèle, les parties prenantes sont très sensibles aux effets revenus des différentes options pour leurs établissements. Le mode de répartition des crédits Merri est donc la résultante d'une tension entre le souci d'améliorer le dispositif et les effets du rapport de force entre les parties à la discussion.»

La répartition des trois enveloppes au sein des Merri est la suivante:

- l'une, qui s'élève à 24% du total des financements, correspond à un «socle fixe», fondé sur un calcul économétrique réalisé il y a 14 ans, dont il est admis qu'il était limité. Cette part fixe ne concerne que

80 établissements et repose sur une construction historique;

- la seconde part, modulable, représente 37%, et introduit des éléments de dynamique: scores Sigaps et Sigrec, enseignement, notamment, sous forme de points réévalués chaque année en fonction des ES concernés;

- la troisième, variable, de l'ordre de 39%, finance les dépenses individualisables (appels à projets, centres de référence).

Des progrès ont été accomplis dans la répartition de l'enveloppe recherche depuis 2008-2009, puisque l'affectation de l'enveloppe dépend plus étroitement des scores, d'appels à projets et d'évaluation régulière (la notion de justification au premier euro [JPE] a d'ailleurs fait son apparition). Mais, une part significative de l'enveloppe reste indépendante de l'activité de recherche et de ses résultats. Il faut donc saluer l'évolution récente, qui insuffle une véritable dynamique dans les financements, et il est logique aujourd'hui que chaque acteur de santé favorise sa stratégie institutionnelle face à des «CH arrivants» sur le marché – les enjeux financiers ne sont pas neutres.

Par ailleurs, du fait de la complexité du système, les CH peinent assez logiquement à être représentés. Il serait profitable de consolider leur présence dans les instances et commissions nationales où se joue la politique d'activité de recherche hospitalière. ●