

11 et 12 décembre
Lille2008

XI^{es} Assises nationales
hospitalo-universitaires

Palais du
Nouveau Siècle

Le nouveau CHU

**D
O
S
S
I
E
R

D
E

P
R
E
S
S
E**



**Conférence des
Directeurs Généraux**



Commissions Médicales d'Établissement
des Centres Hospitaliers Universitaires

Conférence des Doyens
des facultés de Médecine



SOMMAIRE

✓ Communiqué de presse	p 3
✓ Les 11 propositions	p 4
✓ Les CHU, de l'infra à l'interrégion	p 5
✓ Les nouveaux métiers	p 9
✓ Les nouveaux outils de formation	p 10
✓ Présentation des 3 Conférences	p 13
○ La conférence des Présidents de Commissions Médicales d'Établissement de CHU	
○ La Conférence des Directeurs Généraux de CHU	
○ La Conférence des Doyens de faculté de médecine	
✓ Carte de France des CHRU	p 20
✓ Chiffres clés des CHU	p 21
✓ Contacts presse	p 22



Dans le cadre des XI^{èmes} Assises hospitalo-universitaires qui se tiennent à Lille les 11 et 12 décembre 2008, les trois conférences des CHU – la Conférence des présidents de CME de CHU, la Conférence des directeurs généraux de CHU et la Conférence des doyens des facultés de médecine - organisent une rencontre avec la presse, le vendredi 12 décembre à 11h30 au Palais du Nouveau Siècle. En cette année du cinquantenaire des ordonnances « Robert Debré » fondatrices des CHU, les Assises prennent une dimension symbolique et se veulent résolument tournées vers l'avenir avec pour thème central : « Le nouveau CHU ».

Dans cette perspective 11 propositions fortes ont été rédigées en vue d'adapter la formation, le management et les métiers du CHU aux enjeux de la concurrence internationale, de la démographie médicale et des financements contraints. Présentées aux journalistes en avant-première, elles préfigurent des missions et du rayonnement du CHU de demain.

Le CHU de demain sera davantage intégré dans des réseaux d'offre de soins, d'enseignement et de recherche régionaux, inter-régionaux, nationaux voire européens. Il sera plus compétitif, plus numérique aussi.

Au niveau régional, il jouera pleinement son rôle de référence pour les communautés hospitalières et assumera ses missions de formation, de diffusion du savoir et d'aide au maintien de services de proximité indispensables à la population. Mais ses pôles seront aussi inscrits au sein d'inter-régions dans une logique de gradation des soins, de collaborations pour l'enseignement et la recherche.

Développant les techniques les plus sophistiquées et les thérapeutiques les plus pointues, répondant comme il l'a toujours fait aux exigences d'excellence non seulement pour le soin, l'innovation, la référence, mais aussi la recherche et l'enseignement, il assumera ses missions dans le cadre de coopérations originales dont les contours seront dessinés lors des Assises.

Les préconisations présentées le 12 décembre s'inspirent des conclusions des précédentes Assises de Marseille et du rapport du sénateur Giraud de 2007. Elles s'inscrivent également dans la perspective de la prochaine réforme abordée par la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoire) qui sera complétée par des textes spécifiques pour les CHU comme annoncé par le Président de la République à Bletterans en octobre 2008. Elles vont au-delà en enrichissant les déclarations de recommandations concrètes issues d'évaluations d'initiatives régionales et désormais interrégionales.

Les Assises hospitalo-universitaires : un temps fort dans la vie des CHU
Grand rassemblement biennal, les Assises sont l'occasion pour les responsables hospitalo-universitaires, experts de terrain, d'analyser les évolutions en cours et de définir les axes majeurs de développement des 29 plus importants établissements de soins, d'enseignement et de recherche de France.

Contacts Presse



**Conférence des
Directeurs Généraux**

Marie-Georges Fayn
Domaine de Bellevue
36290 St-Michel-en-Brenne
☎ 02.54.38.06.59-
☎ 06.84.81.59.82.
resocho@club-internet.fr
www.reseau-chu.org



**Commissions Médicales d'Établissement
des Centres Hospitaliers Universitaires**

Jessica Verheyde
11 Avenue de Neptune
94130 Nogent sur Marne
☎ 06 62 88 57 14
jessicaverheyde@yahoo.fr
www.chu-cme.org



Emilie Geoffroy - Groupe i&e
32 rue de Trévis
75423 Paris Cedex 09
☎ 01 56 03 13 15
egponson@i-e.fr

LISTE DES PROPOSITIONS

Les 11 propositions

Le nouveau management des CHU

De manière complémentaire aux réformes promulguées par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », les dirigeants des CHU préciseront leur vision de l'évolution de la gouvernance interne de l'hôpital en concrétisant leur volonté partagée d'inscrire les préconisations du rapport Larcher en cohérence avec les acquis de la réforme Mattei dite hôpital 2007.

Parallèlement, ils ont souhaité traiter du positionnement inter et intra-régional, exprimant leur volonté de s'inscrire dans la construction et la gouvernance des différents territoires de santé et la nécessité de renforcer la complémentarité entre structures de soins publiques.

Deux propositions vont dans ce sens.

1 : Créer des directoires interrégionaux comprenant DG, présidents de CME et doyens pour les Unions hospitalo-universitaires interrégionales.

2 : Reconnaître le rôle du CHU dans toute la région tant pour le soin (recours) que pour l'enseignement et la recherche en faisant participer les CHU à la gouvernance de chacune des communautés hospitalières de territoire régional.

D'autres préconisations visent à « médicaliser la décision » au sein des hôpitaux universitaires.

Les nouveaux métiers

Pour connaître les vrais besoins, les situations les plus urgentes, les nouveaux métiers à créer, les CHU préconisent :

3 : D'analyser l'évolution de la démographie médicale en tenant compte de la réorganisation du secteur hospitalier et des effets d'une meilleure répartition des médecins sur le territoire.

D'autres propositions sont élaborées pour accélérer les transferts de compétences entre médecins et soignants tout en garantissant la sécurité des soins et leur bonne justification.

4 : De définir les pré-requis aux transferts de compétences pour garantir la qualité des soins.

Préférant la « collaboration entre professionnels » à la « délégation de compétence » car elle implique un travail d'équipe entre personnes issues de formations et de compétences différentes, dans un objectif d'attractivité et de fidélisation, les responsables recommandent de :

5 : Supprimer les décrets d'actes des professions paramédicales et privilégier la notion de mission, permettant un système de rémunération attractif.

6 : Universitariser les formations paramédicales.

Les nouveaux outils de formation

Trois propositions visent à encourager les outils de simulation dans la formation des jeunes médecins et à renforcer le coaching des étudiants.

7 : Développer dans le CH et U des plateformes d'apprentissage par simulation orientées vers la formation initiale et continue, et vers l'évaluation des pratiques professionnelles.

8 : Maintenir l'apprentissage par tutorat.

9 : "Développer les outils de télématique de santé et la domotique médicale pour assurer les soins sur l'ensemble du territoire à partir d'équipes médicales regroupées".

Les CHU étudient également les enjeux d'une formation « hors les murs » du CHU, ouverte au secteur privé. Pour garantir l'excellence de l'enseignement médical en France en maintenant son ancrage en CHU, les responsables recommandent de :

10 : N'envisager la « labellisation HU » des équipes des établissements privés qu'en cas de carence des possibilités d'accueil au sein des établissements publics de l'espace interrégional.

11 : Définir les conditions d'accueil des étudiants dans le secteur privé, en particulier en évaluant les capacités pédagogiques et les activités de recherche de la structure d'accueil.

Les CHU, de l'infra à l'interrégion

Des communautés hospitalières de territoire à l'interrégion hospitalo-universitaire

En résonance avec la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », les dirigeants des CHU ont analysé les conditions d'un positionnement inter et infra-régional cohérent. Porteurs d'un nouvel aménagement du territoire, les CHU se situent comme des établissements de recours pour les communautés hospitalières de leur région et – pour les soins les plus rares – ils jouent entre eux la carte de la complémentarité interrégionale.

A- Le CHU au sein de sa région

Les CHU remplissent une mission régionale de partage et de diffusion de leurs savoir-faire. Cette responsabilité implique une démarche active de maillage des compétences sanitaires en cohérence avec tous les établissements de soins. Ainsi comme le permet la prochaine réforme, le CHU, leader de la communauté hospitalière de son bassin d'implantation, aura vocation à présider son directoire. Mais le CHU souhaite aussi participer aux directoires des autres communautés de la région, afin de tenir toute sa place d'établissement de recours, de planificateur dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales et de garant de la cohérence de l'offre de soin régionale. D'où sa proposition : **Reconnaître le rôle du CHU dans toute la région tant pour le soin (recours) que pour l'enseignement et la recherche en faisant participer les CHU à la gouvernance de chacune des communautés hospitalières de territoire régional.**

En effet, c'est avec le CHU que doit s'organiser au niveau régional la complémentarité et la hiérarchisation des soins. Garantie de cohérence, cette gestion concertée et rationalisée des ressources et moyens apportera une réponse satisfaisante aux situations d'inégalités territoriales de dotations et d'encadrement des études médicales. En travaillant avec les communautés hospitalières créées dans sa région, le CHU pourra démultiplier sa capacité de formation tout en aidant les centres hospitaliers à fidéliser des compétences médicales. Ce système présentera également l'avantage d'assurer une émulation permanente au sein de l'ensemble corps médical. Le développement de la recherche clinique constituera aussi un objectif partagé.

Exemples

Lille réussit à enraciner des médecins en Nord-Pas-de-Calais

Soucieux de pallier la fuite de médecins en post-internat, le CHRU de Lille a passé des conventions avec les hôpitaux désirant recevoir des étudiants en post-internat. Ces accords établissent les modalités de préparation de l'assistant chef de clinique au concours national de praticien hospitalier. Dans ce cursus alternent temps d'activité hospitalière dans l'hôpital d'accueil et temps formateurs encadrés par les responsables hospitalo-universitaires du CHRU. En contrepartie, l'assistant spécialiste s'engage, en cas de réussite, à postuler au sein de l'établissement d'accueil. Entre 2000 et 2006, le dispositif a concerné 100 assistants spécialistes. Le bilan en 2008 est largement positif puisque 75 % d'entre eux «s'enracinent», conformément à leur engagement, comme praticien hospitalier dans un Centre Hospitalier des trois bassins de vie : l'Artois, le Hainaut et la Métropole. 15 à 17 établissements ont bénéficié de ce dispositif dont : Lens, Tourcoing, Armentières, Béthune, Roubaix, Valenciennes, Dunkerque, Calais, Boulogne...

<http://web.reseau-chu.org/articleview.do?id=1803&mode=2>

Temps partagé d'un pneumologue du CHU de Rouen avec le CH de Dieppe

En 2000, les directions administratives et médicales du CHU de Rouen et du CH de Dieppe ont décidé qu'un pneumologue du CHU partagerait son temps médical avec le CH Dieppe. Le service de pneumologie dieppois vit son effectif augmenter en même temps que son crédit grâce au label de qualité du CHU. Et Rouen a ainsi pu organiser une meilleure canalisation des patients. Quant au médecin, il vivait une expérience enrichissante en amont mais toujours relié au service universitaire.
<http://web.reseau-chu.org/articleview.do?id=1373&mode=2>

L'interhospitalité version Metz-Thionville et Briey

Pour remettre en ordre de marche le Centre Hospitalier de Briey* en situation de crise budgétaire doublée de conflits médicaux et de dysfonctionnements administratifs, les élus et les directions des deux établissements ont soutenu dès le mois de mai 2007 la mise en place d'une direction commune. Ce rapprochement a permis l'élaboration d'un projet médical de territoire avec comme premier résultat tangible la création de Fédérations Médicales Interhospitalières en chirurgie orthopédique-traumatologique et en chirurgie digestive et viscérale. Ces créations pallient le déficit de chirurgiens et garantissent le maintien de services indispensables à la population.
<http://web.reseau-chu.org/articleview.do?id=1456&mode=2>

Le CHU d'Angers et le CH de Laval ont initié une coopération originale visant à guider à distance et en direct les angioplasties coronaires réalisées par les équipes lavalloises..

Grâce à un procédé innovant, Angers supervise l'acte d'angioplastie à distance et en direct. Ainsi un expert du CHU peut "accompagner" en temps réel le geste de son collègue situé au CH de Laval.
<http://web.reseau-chu.org/articleview.do?id=1831&mode=2>

B- Le CHU inscrit dans l'interrégion

Face à une médecine qui évolue vers des spécialités de plus en plus pointues, au coût très élevé de certains équipements et dans contexte de rareté de certaines compétences et de redistribution du financement de la recherche et de l'innovation, notamment au travers de l'évolution des enveloppes MERRI, l'interrégion est une réponse aux défis de masse critique d'activité et de patientèle dans la compétition internationale.

C'est pourquoi les CHU se sont associés au sein de sept interrégions. Objectif : doper l'attractivité et l'activité de leurs établissements par la mise en oeuvre d'actions communes en matière de soins, d'enseignement et de recherche. Ainsi pour déterminer quel CHU effectuera les recherches où hébergera le centre de référence hyperspécialisé, une analyse sera effectuée au cas par cas. Elle intègrera des paramètres tels que le niveau d'expertise des équipes, leur notoriété, le nombre de patients concernés, le coût d'acquisition du matériel, son amortissement....

Or la mise en oeuvre de l'interrégionalité requiert une gouvernance interrégionale d'où la proposition des CHU de **créer des directoires interrégionaux comprenant directeurs généraux, présidents de CME et doyens pour les Unions hospitalo-universitaires interrégionales.**

Les responsables des CHU plaident aussi en faveur d'une affectation de moyens financiers propres à ce nouvel espace territorial comprenant notamment la mise en commun de tout ou partie des crédits enseignement, recherche, innovation (enveloppe MERRI) auquel sera appliqué un coefficient géographique correcteur de la tarification à l'activité interrégionale. Objectif : aboutir à une équité en matière d'offre de soins au regard de la morbidité, mortalité des interrégions, avec des budgets interrégionaux pouvant être financés par le prélèvement à la source sur l'objectif national des dépenses de l'Assurance maladie ou sur l'enveloppe CHU.

Les 7 interrégions



Stratégie de concentration et de mutualisation des compétences et des moyens, l'interrégionalité satisfait à une exigence de taille critique dans la compétition européenne et internationale.

L'idée consiste à regrouper les CHU en sept Unions hospitalo-universitaires interrégionales afin de **constituer un bassin d'attraction une population d'une dizaine de millions d'habitants.**

Le premier G4 réunit les CHU d'Amiens, Caen, Lille et Rouen.

Hugo rassemble les CHU d'Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours.

Le Groupe Grand Est fédère le Nord-Est avec les CHU de Besançon, Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg et Metz-Thionville.

Le G4 Sud méditerranéen regroupe les CHU de Marseille, Montpellier, Nice et Nîmes.

Soho – Sud-Ouest Hospitalier unit les CHU de Bordeaux, Limoges, Toulouse.

Un conseil des CHU de Rhône-Alpes et d'Auvergne composé des CHU de Grenoble, Lyon, Saint-Etienne et Clermont-Ferrand a été constitué. Un Groupement de Coopération Sanitaire est en projet.

Le découpage de l'hexagone en 7 interrégions est le fruit d'un travail entre les CHU et la Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (rapport DIACT de juin 2007). Il a été repris pour définir les SIOS, les DIRC, les bassins des cancéropoles (à l'exception de Montpellier qui dans ce cadre est rattaché à Toulouse). Ces surfaces d'envergure européenne servent également de cartographie de référence à l'agence de biomédecine, à l'INSERM...

Exemples

Le G4 Nord-Ouest comprenant les CHU d'Amiens, de Caen, de Lille et de Rouen

Initié en 2001, ce Groupement de coopération sanitaire interrégional mène des actions de coopération et de mutualisation. Ainsi il propose aux chefs de clinique-assistants une formation plus riche au sein des services des 4 CHU et suscite des installations professionnelles dans l'interrégion Nord-Ouest, connue pour son déficit de spécialistes. Côté Plateau technique, les CHU développent entre eux des applications en téléradiologie. En matière de recherche, le G4 a permis l'organisation d'appels à projets nationaux et européens et l'aide à la création du cancéropole Nord-Ouest.

<http://web.reseau-chu.org/articleview.do?id=275&mode=2>

Le groupement Sud-Ouest partage un Ablatherm mobile entre ses 3 membres. Chaque trimestre l'appareil est présent durant un mois sur chacun des sites des CHU de Bordeaux, Limoges et Toulouse. L'Ablatherm a fait l'objet d'une convention : le CHU de Toulouse a assuré l'achat (657 800 euros TTC) et la facturation de l'équipement, mais les CHU de Toulouse, Bordeaux et Limoges sont co-proprétaires de l'équipement ABLATHERM pendant toute la durée de la convention. Les CHU co-acheteurs (CHU de Bordeaux et CHU de Limoges) apportent leur participation qui correspond au tiers de la valeur globale de l'équipement. Chaque CHU bénéficie d'une mise à disposition du matériel dans ses locaux et paie pour cela une redevance trimestrielle destinée à participer aux dépenses de transport, de maintenance de l'équipement et de gestion. Montant de 3 139,50 euros pour la première année, où l'appareil est couvert par la garantie du constructeur ; puis, à partir de la seconde année et à l'issue de l'année de garantie, redevance trimestrielle de 10 527,79 euros (base 2005). Chaque CHU achète directement au fournisseur les consommables nécessaires à son activité propre.

<http://web.reseau-chu.org/articleview.do?id=937&mode=2&full=ok>

Le groupe HUGO (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest) est une structure de coordination et de promotion qui regroupe les six CHU de l'interrégion du Grand Ouest (Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes, Tours). Il a été mis en place en 2005. Sa vocation : favoriser les coopérations, la synergie et l'efficacité des CHU de l'interrégion. HUGO. Trois groupes de travail ont été constitués

1-Enseignement : proposer des formations et harmoniser les sessions complémentaires dispensées dans les 6 UFR, notamment au niveau du 2nd et 3ème cycle,

2- Recherche : favoriser les complémentarités et structurer la recherche notamment dans le cadre de la Délégation Interrégionale à la Recherche Clinique (DiRC) du Grand Ouest,

3- Plateaux techniques : identifier les pôles d'excellence et les renforcer, en cohérence avec les SROS, développer les projets communs. Sur le site <http://www.remede.org/projets/contacts2/inter-chu.html> les internes peuvent s'inscrire pour bénéficier de la procédure d'échanges entre les CHU d'HUGO

Les CHU moteurs de l'économie



Paul Castel,
Président de la Conférence
des Directeurs Généraux de CHU
Directeur Général du CHU de Lyon

Ces XIèmes Assises ont-elle une importance déterminante pour l'avenir des CHU ?

Paul Castel : Je dirai qu'elles sont très importantes car elles se situent en amont de deux démarches déterminantes pour l'avenir des CHU :

- La phase de l'examen de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires par le Parlement
- La constitution d'une commission destinée à formuler des propositions sur l'avenir des CHU au Président de la République.

Comment qualifiez-vous le rôle que le CHU jouera dans sa région et dans l'interrégion ?

Paul Castel : Le CHU est actuellement un établissement à vocation régionale pour l'essentiel que ce soit par le soin, l'enseignement et la recherche. Nous plaçons depuis 10 ans pour la formalisation juridique de son évolution interrégionale. C'est déjà largement le cas pour bon nombre de CHU. Aujourd'hui le droit doit être mis en adéquation avec la réalité

En cette période de bouleversement économique, le CHU remplit-il une fonction « d'amortisseur de crise » ?

Paul Castel : Oui, le CHU est en général le plus important acteur socio-économique de sa région. On devrait plus souvent poser l'hôpital public, le CHU et la santé en général en tant qu'investisseurs, en tant que moteurs de l'économie plutôt qu'agents de déséquilibre financier de l'assurance maladie.

Les nouveaux métiers

La mission confiée au Professeur Yvon Berland depuis 2003 a eu pour objectif de définir un cadre réglementaire et de lancer des expérimentations quant à la répartition des rôles entre médecins et professionnels paramédicaux. Les Assises sont l'occasion de faire des propositions concrètes sur l'évolution des métiers.

A. La bonne utilisation du temps médical

Force est de constater que la densité médicale doit diminuer à horizon 2020. De ce fait, le vrai **problème** à venir est celui **de l'adéquation du besoin de soins et du service rendu par chaque médecin en termes d'actes dits « utiles »**.

Dans ce contexte, il apparaît important :

- d'obtenir une répartition plus homogène de toutes les disciplines sur le territoire, en fonction de l'âge moyen des populations ;
- d'imaginer des solutions permettant d'optimiser l'utilisation du temps médical ; elles doivent être motivantes pour inciter les médecins à l'activité (et non à l'acte) et à la performance.

Cette performance sera synonyme de meilleure rentabilité pour l'hôpital, mais surtout de qualité pour le malade.

B. De la nécessité d'une évolution des structures et des métiers

Compte tenu de l'allongement de la durée de vie, l'un des enjeux majeurs des prochaines années est de **développer des structures alternatives à l'hospitalisation classique** (HAD, hôpitaux de jour et de semaine, chirurgie ambulatoire...), notamment pour gérer au mieux les pathologies chroniques ou dues au vieillissement.

Cela doit s'accompagner d'une réflexion concernant les professionnels de santé.

De nombreux jeunes se détournent des établissements publics faute d'attractivité des métiers existants. Il faut les revaloriser. Il est aussi important de **développer de nouveaux métiers** en prenant en compte la formation des personnels et la gestion de leurs compétences. Ces métiers pourraient être logistiques, tels que coordonnateurs de prise en charge, chargés d'affaires en recherche clinique, logisticiens en bloc opératoire...

C. Propositions

La délégation des tâches à certaines professions paramédicales existant déjà, **on pourrait envisager que les médecins délèguent à l'avenir certaines prescriptions dans un cadre bien défini**. Cela serait possible en revoyant le cadre juridique de l'exercice des dites professions, tout en gardant à l'esprit qu'il puisse y avoir un danger d'installation d'une médecine à 2 vitesses, voire des dérives inhérentes à ce système (concurrence déloyale des auxiliaires médicaux, augmentation des erreurs thérapeutiques ou de diagnostic...).

Pour pallier ces risques, la proposition est faite de définir un cadre régissant :

- l'obligation pour l'auxiliaire médical de faire valider son examen par le médecin responsable
- la nécessité d'une proximité avec le médecin lors des soins apportés par l'auxiliaire médical
- le contrôle de la bonne justification des actes réalisés par les organismes de contrôle institutionnel.

En conclusion, comme ses homologues européens, la France se doit d'avoir des « métiers intermédiaires » entre le médecin et le personnel paramédical.

Les nouveaux outils de formation

• Les défis de la formation aujourd'hui

La formation pratique des étudiants en médecine est traditionnellement effectuée à l'hôpital. Ils doivent y acquérir les habiletés pratiques, le raisonnement clinique, le travail en équipe et la communication, aussi bien avec le patient ou son entourage qu'auprès des professionnels de santé. Aujourd'hui la formation des internes doit faire face à de multiples contraintes :

1. Le « temps patient formateur » a été considérablement amoindri : l'évolution des hôpitaux universitaires et leurs impératifs financiers de fonctionnement limitent le séjour des patients à l'hôpital et leur disponibilité pour les internes ;
2. Les internes sont plus nombreux aujourd'hui ; leur nombre est en passe de doubler depuis l'augmentation du numerus clausus débutée en 1993;
3. Le temps annuel de formation des internes est plus restreint car ils sont moins présents à l'hôpital du fait notamment des repos compensateurs et du temps consacré à leur formation théorique.

La formation continue des praticiens doit également être prise en compte dans cette réflexion globale sur les nouveaux outils de formation. En effet, le praticien pourrait être un jour amené à revalider ses compétences à la demande des patients au cours de sa carrière professionnelle.

La mission du groupe « Enseignement Recherche » est de proposer de nouvelles solutions pour relever les défis auxquels la formation des internes et des praticiens doit faire face et répondre aux exigences de qualité.

• Les propositions

3 propositions visent à encourager l'usage des outils de simulation dans la formation des jeunes médecins et à renforcer le coaching des étudiants.

Proposition 1 : Développer dans les CH et U des plateformes d'apprentissage par simulation orientées vers la formation initiale et continue, et vers l'évaluation des pratiques professionnelles.

Proposition 2 : Maintenir l'apprentissage par tutorat

Proposition 3 : Développer les outils de télématique de santé et la domotique médicale pour assurer les soins sur l'ensemble du territoire à partir d'équipes médicales regroupées

1. La simulation médicale comme outil de formation et le maintien de l'apprentissage par tutorat

L'utilisation de simulateurs permet de reproduire une grande variété de situations aiguës que les étudiants doivent connaître et maîtriser sans faire courir de risque aux patients. La collecte des informations auprès du patient peut être parfaitement simulée. La variété des scénarios utilisés permet également d'aborder le travail en équipe, la communication, et bien sûr les habiletés procédurales. Le passage sur simulateur permet aux étudiants d'appliquer leurs connaissances théoriques sans risque, d'exercer leur réflexion, d'intégrer des connaissances cliniques et en sciences fondamentales, d'acquérir de la confiance en soi en dédramatisant des situations potentiellement angoissantes. Il favorise l'apprentissage actif. L'utilisation des connaissances dans un environnement réaliste atteint un niveau élevé de compétence.

Cependant, il faut prendre en compte trois facteurs limitants :

- A. Les ressources humaines à dédier à un centre de simulation sont importantes, qu'il s'agisse des enseignants, concepteurs de programmes, des instructeurs ou formateurs, des animateurs de sessions, ou encore du personnel d'entretien du centre et du matériel.
- B. Les moyens financiers nécessaires ne doivent pas être négligés, qu'il agisse d'investissement pour les locaux dédiés, de l'acquisition de matériel, des mannequins, ou de la prise en charge du fonctionnement.
- C. Ces simulateurs ne présentent pas encore toutes les qualités de réalisme et notamment ne sont pas capables de transmettre à l'opérateur les sensations tactiles et l'élasticité des organes opérés. Les plates-formes d'utilisation des animaux de laboratoire et de pièces anatomiques telles que l'on peut les rassembler dans les Ecoles de chirurgie permettent d'utiliser l'ensemble des ressources disponibles en limitant au maximum le coût lié à l'utilisation des animaux de laboratoire et en respectant sur le plan éthique l'utilisation de ces derniers.

2. Développer les outils de télématique de santé et la domotique médicale

La télématique est aussi appelée télémédecine ou télé-éducation. Elle permet l'organisation en réseaux des médecins mais aussi des structures et ceci au niveau d'un département, d'une région, d'un pays ou au-delà comme l'a réalisée l'université virtuelle francophone au plan international.

Ces systèmes sont donc utilisés désormais dans l'enseignement, dans la formation initiale et la formation continue. Il est prouvé que l'association de l'enseignement présentiel et d'un enseignement en télétransmission en continu permet d'obtenir de meilleurs résultats en terme d'efficacité professionnelle, que cela soit pour l'acquisition d'un geste clinique ou d'un geste technique (manipulation d'échographes). Concernant l'enseignement continu, le médecin n'est plus isolé et des réunions peuvent être réalisées à partir d'un centre de soins, d'une maison médicale, d'un cabinet ou d'un centre hospitalier. Ceci garantit une participation à la FMC et simultanément une amélioration des pratiques par la discussion de cas cliniques. Cette approche en réseau permet de proposer une réponse pour le monde de la santé tenant compte des exigences des professionnels, des utilisateurs et des impératifs économiques.

Les progrès **de la domotique** sont très importants. Actuellement, des explorations beaucoup plus sophistiquées avec des « puces » positionnées sur la brosse à dent, ou fonctionnant par simple contact digital, permettraient au patient de rester à son domicile pour réaliser lui-même un prélèvement, et d'envoyer ces paramètres à son médecin traitant. On mesure ainsi les transformations fondamentales induites par ces techniques, que se soit dans la distribution géographique des professionnels de santé ou dans le rôle nouveau que doivent y jouer les patients. Elles imposent des modifications importantes des pratiques médicales mais aussi de l'attitude des patients, dont l'éducation est un des éléments essentiels de leur prise en charge.

Si ces techniques de communication sont en train de modifier le paradigme de l'organisation des soins tel qu'on le perçoit et auquel on est habitué, elles permettent d'espérer le maintien d'une médecine de qualité, assurant une prise en charge globale de la personne, avec des conditions d'exercice évitant l'isolement et à terme une perte d'efficacité.

Les CHU étudient également les enjeux d'une formation « hors les murs » du CHU, ouverte au secteur privé. Pour garantir l'excellence de l'enseignement médical en France en maintenant son ancrage en CHU, les responsables articulent leurs recommandations autour de deux propositions :

Proposition n° 4 : N'envisager la « labellisation HU » des équipes des établissements privés qu'en cas de carence des possibilités d'accueil au sein des établissements publics de l'espace interrégional.

Proposition n° 5 : Définir les conditions d'accueil des étudiants dans le secteur privé, en particulier en évaluant les capacités pédagogiques et les activités de recherche de la structure d'accueil.

Le CHU est en effet le lieu spécifique où s'exerce la mission des enseignants chercheurs qui doivent du temps aux actions d'enseignement auprès des étudiants de second cycle et des internes. Les enseignants-chercheurs oeuvrent quotidiennement pour faire évoluer les pratiques en s'appuyant sur la recherche clinique et sont, de ce fait, au premier rang pour transmettre des messages de bonne pratique. Le CHU et aussi les CHG ont cependant un nouvel handicap (propre à toutes les structures de soin) pour assurer l'enseignement au lit du malade :

- La gestion a pris (à juste titre) le virage de l'efficience ; le malade au centre des soins mais aussi au centre de l'apprentissage peut moins jouer ce dernier rôle.
- Les moments où le malade est un « objet » d'apprentissage sont de plus en plus réduits, à l'exception des gestes techniques chirurgicaux ou médicaux auxquels participe l'apprenant.

La simulation dont il est question plus haut est une des solutions mais elle ne peut être exclusive. Le compagnonnage et le tutorat restent indispensables. La nouvelle loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire », prévoit que les structures privées à but lucratif soient incluses dans le plan de formation des internes. Sous quelles conditions ? Certains arguments plaident pour l'organisation de ces stages : la recherche de lieux du fait du grand nombre d'internes, la typologie parfois différente des pathologies d'un secteur à l'autre, la connaissance d'une organisation différente de l'exercice médical.

Les éventuels stages dans le secteur privé en second cycle ou en troisième cycle doivent répondre aux mêmes exigences que ceux qui sont organisés en CHU ou CHG. Un cahier des charges précis des obligations du stagiaire et du tuteur doit être remis à l'étudiant et au tuteur ; il doit comprendre les objectifs d'apprentissage (référentiel formation) et préciser le temps consacré par le tuteur à sa charge de formation. Une convention annuelle ou établie pour cinq ans après une visite sur site et pouvant alors être dénoncée par l'étudiant ou le tuteur à n'importe quel moment, doit fixer tous les éléments du cahier des charges. Les enseignants chercheurs qui ont des responsabilités pédagogiques insistent pour que ces conventions soient signées par la Faculté et l'Université avec des équipes identifiées au sein du secteur libéral et non avec des établissements (cliniques ou autres structures). L'expérience doit être encadrée de très près par les commissions de subdivision et les coordonnateurs interrégionaux.

L'hôpital universitaire doit rester le « noyau dur » de la formation médicale. Le partage de l'activité universitaire au moment où une convergence existe dans la gestion des établissements n'est pas sans risque pour les CH et U. Il est donc indispensable d'exploiter au mieux les ressources interrégionales de formation afin d'accueillir en milieu hospitalo-universitaire pour les stages dans une activité très spécialisée les internes de toute une interrégion. À la responsabilité d'enseignant et de tuteur doit correspondre une formation particulière à la pédagogie en matière de santé, car enseigner n'est pas simplement « avoir à côté de soi » ; les enseignants chercheurs doivent être mieux formés à la pédagogie (diplômes d'université, autre formation complémentaire) afin d'assurer leur mission dans toute sa dimension et de ne s'exposer à aucune critique. Les praticiens du secteur libéral appelés à être tuteurs devront aussi recevoir un minimum de formation.

La conférence des Présidents de CME de CHU

Qui sommes-nous ?

L'Instance nationale représentative de tous les praticiens des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU).

La conférence des Présidents de CME des CHU est constituée des Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement (CME) des 29 CHU français. Chaque président est élu pour un mandat de 4 ans par la CME du CHU où il exerce.

Ce modèle électoral donne à la Conférence toute sa légitimité pour représenter l'ensemble des praticiens des CHU français, qu'ils soient hospitalo-universitaires ou hospitaliers, titulaires ou non.

Notre vocation

Etre les garants des spécificités du secteur Hospitalo –Universitaire :

La Conférence est un interlocuteur institutionnel de premier plan pour toutes les questions concernant la formation des professionnels de santé, le fonctionnement et l'organisation du monde de la santé : Ministère de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Direction de l'Hospitalisation, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Ministères des Affaires Sociales...

La Conférence nourrit de ses réflexions et propositions le débat législatif.

Nos missions

- Promouvoir les missions spécifiques des CHU : Soins, Enseignement et Recherche
- Accompagner les praticiens des CHU pour la mise en oeuvre des réformes hospitalières
- Promouvoir la Recherche Clinique dans les CHU
- Promouvoir la Cancérologie Publique
- Animer des débats de société sur la santé et plus spécifiquement sur la place des CHU dans l'organisation des soins

Coordonnées de la Conférence des Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement de CHU :

Monsieur le Professeur Alain DESTEE
Centre Hospitalo-Universitaire de Lille
59037 Lille Cédex
Tél : 03 20 44 44 48 - Fax : 03 20 44 44 89
Email : conference-cme@chru-lille.fr

Bureau de la Conférence des Présidents de CME des CHU

Président : Pr Alain Destée (CHU Lille)

Vice Président : Pr Jean Luc SCHMUTZ (CHU Nancy)

Vice Président : Pr Pierre CORIAT (AP-HP)

Secrétaire Général : Pr Pierre MARES (CHU Nîmes)

Secrétaire Général Adjoint : Pr Guy MOULIN (AP-HM)

Membres du bureau :

Pr Loïc De CALAN (CHU Tours), Pr JM Clavert (CHU Strasbourg) et Pr C.Girard (CHU Dijon) et Pr D. Dallay (CHU de Bordeaux)

Pour plus d'informations, consulter notre site : www.chu-cme.org

Membres de la Conférence des Présidents de CME de CHU

AMIENS	Pr. Michel SLAMA
ANGERS	Pr. Norbert IFRAH
BESANCON	Pr. Patrick GARBUIO
BORDEAUX	Pr. Dominique DALLAY
BREST	Pr. Bertrand FENOLL
CAEN	Pr. Henri BENSADOUN
CLERMONT-FERRAND	Pr. Gilles BOMMELAER
DIJON	Pr. Claude GIRARD
FORT DE FRANCE	Dr. Patrick RENE-CORAIL
GRENOBLE	Pr. Luc BARRET
LILLE	Pr. Alain DESTEE
LIMOGES	Pr. Bernard DESCOTTES
LYON	Pr. Etienne TISSOT
MARSEILLE	Pr. Guy MOULIN
MONTPELLIER	Pr. Bernard GUILLOT
NANCY	Pr. Jean Luc SCHMUTZ
NANTES	Pr. Hervé LEMAREC
NICE	Pr. Philippe PAQUIS
NIMES	Pr. Pierre MARES
PARIS	Pr. Pierre CORIAT
POINTE A PITRE	Dr. Jacques SALIN
POITIERS	Pr. Joseph ALLAL
REIMS	Pr. Philippe GILLERY
RENNES	Pr. Yannick MALLEDANT
ROUEN	Pr. Danièle DEHESDIN
SAINT ETIENNE	Pr. Roger TRAN MANH SUNG
STRASBOURG	Pr. Jean-Michel CLAVERT
TOULOUSE	Pr. Bernard PRADERE
TOURS	Pr. Loïc DE CALAN

La conférence des Directeurs généraux de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires

La Conférence est l'Assemblée des Directeurs Généraux. Elle intervient pour améliorer le service rendu au malade et le fonctionnement des CHU. Elle a pour vocation de promouvoir et de défendre les atouts et spécificités des hôpitaux universitaires.

La Conférence remplit un devoir d'information auprès des autorités de tutelle, au premier rang desquelles la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, sur les conditions de mise en œuvre de la politique de santé dans les CHU. Le cas échéant, la Conférence fait valoir son devoir d'alerte lorsqu'elle a la conviction que les CHU ne sont pas en mesure d'appliquer les directives prescrites.

La Conférence assure également une fonction de veille réglementaire sur tous les textes en préparation ayant une incidence sur la gestion des CHR-CHU. Enfin, la Conférence coordonne son action avec la Fédération Hospitalière de France, la Conférence des Présidents de CME des CHR-CHU et la Conférence des Doyens. La Conférence est reconnue par le législateur comme une force de proposition et d'analyse.

Constituée en association type loi 1901, la Conférence est dirigée par un bureau, élu pour trois ans.

Composition du bureau de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU élu le 15 mars 2007

Président, Paul CASTEL, Directeur Général des Hospices Civils de Lyon, Président de l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux

Vice-Président, Benoît LECLERCQ, Directeur Général de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

Vice-Président, Jean-Pierre DEWITTE, Directeur Général du CHR-U de POITIERS

Vice-Président, Didier Delmotte, Directeur Général du CHU de Lille

Vice-Président, Jean-Jacques Romatet, Directeur Général du CHU de Toulouse

Secrétaire Général, Christiane Coudrier, Directrice Générale du CHRU de Reims

Secrétaire Général Adjoint, Philippe Vigouroux, Directeur Général du CHU de Limoges

Trésorier, Hubert Garrigue-Guyonnaud, Directeur Général du CHU de Tours

Trésorier Adjoint, Jean Debeaupuis, Directeur Général du CHU de Grenoble

Les commissions de la conférence des Directeurs Généraux de CHU

- Affaires Financières
- Affaires Médicales
- Architecture – Ingénierie
- Achats - logistique
- Ressources humaines
- Communication
- Relations internationales
- Culture et éthique
- Qualité - usagers - gestion des risques
- Affaires juridiques
- Recherche et liens avec les universités
- Cancérologie
- Systèmes d'information
- Stratégie

Les Présidents de la Conférence des Directeurs Généraux depuis sa création :
Monsieur **Gabriel Marquet**, Monsieur **Alain Halbout**, Monsieur **Claude-Guy Charlotte**, Monsieur **Pierre Le Mauff**, Monsieur **Edouard Couty**, Monsieur **Guy Vergnes**, Monsieur **Daniel Moinard**, Monsieur **Paul Castel**.

Pour en savoir plus : www.reseau-chu.org

Les Directeurs Généraux des CHRU

CHU	Directeur Général
AMIENS	Philippe DOMY
ANGERS	Yvonnick MORICE
BESANCON	Patrice BARBEROUSSE
BORDEAUX	Alain HERIAUD
BREST	Bernard DUPONT
CAEN	Joel MARTINEZ
CLERMONT-FERRAND	Alain MEUNIER
DIJON	Pierre Charles PONS
FORT DE FRANCE	Frantz VENTURA
GRENOBLE	Jean DEBEAUPUIS
LILLE	Didier DELMOTTE
CHR DE LA REUNION	Michel CALMON
LIMOGES	Hamid SIAHMED
LYON	Paul CASTEL
MARSEILLE	Jean-Paul SEGADE
CHR METZ-THIONVILLE	Véronique ANATOLE-TOUZET
MONTPELLIER	Alain MANVILLE
NANCY	Philippe VIGOUROUX
NANTES	Christiane COUDRIER
NICE	Emmanuel Bouvier MULLER
NIMES	Jean-olivier ARNAUD
CHR ORLEANS	Jean-Pierre GUSCHING
PARIS Directeur Général	Benoît LECLERCQ
PARIS Secrétaire Général	Dominique GIORGI
POINTE A PITRE	Patrick HOUSSEL
POITIERS	Jean-Pierre DEWITTE
REIMS	
RENNES	André FRITZ
ROUEN	Christian PAIRE
SAINT-ETIENNE	Robert REICHERT
STRASBOURG	Patrick GUILLOT
TOULOUSE	Jean-Jacques ROMATET
TOURS	Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD

La conférence des Doyens des Facultés de Médecine

La Conférence des Doyens des Facultés de Médecine est l'assemblée qui regroupe et représente l'ensemble des Doyens des Facultés de Médecine de France. Elle est présidée par le Pr Christian Thuillez, Chef du Service de Pharmacologie du CHU de Rouen et Directeur de l'Unité INSERM U.644, depuis janvier 2008. Garante de la qualité et du bon fonctionnement de l'enseignement médical¹, elle a pour vocation de promouvoir, de défendre et d'améliorer la qualité de la formation de tous les médecins. Au carrefour de tous les aspects de la pratique médicale, elle veille au développement de la recherche médicale dans les 40 facultés de médecine présentes en France et, à ce titre, elle est aussi comptable de la qualité des soins délivrés aux patients. Partie prenante du paysage médical français, la Conférence des Doyens de Facultés de Médecine construit, grâce à ses trois missions transversales (formation, enseignement, recherche), la médecine de demain.

Une instance de réflexion au service des grandes orientations de la médecine

La Conférence des Doyens de Facultés de Médecine est une instance consultative de ses deux Ministères de Tutelle² et des autorités de santé (HAS). Forte de cette légitimité et de son expertise, elle rend des avis sur les adaptations nécessaires au progrès des études médicales. Ses propositions influencent donc concrètement l'organisation de l'offre de soins : démographie médicale, répartition des enseignements, agrément des services formateurs, critères d'affectation des postes, etc. Elle travaille actuellement à la mise en place de la filière universitaire de médecine générale, sur la réforme de l'enseignement des spécialités médicales et chirurgicales, sur l'accueil des étudiants étrangers et l'équivalence de leurs diplômes, sur la demande de filière universitaire des professions paramédicales, etc. Son implication dans la recherche et la formation en fait un partenaire incontournable dans la réflexion sur les futurs CHU et la gouvernance hospitalière.

Former les médecins de demain, faire progresser ceux d'aujourd'hui

En France, médecine spécialisée et médecine générale se bâtissent dans les facultés de médecine. L'ambition de la Conférence des Doyens de Facultés de Médecine est avant tout de maintenir la qualité de l'enseignement délivré aux étudiants en médecine et ce, durant leur dix années d'études. La Conférence garantit également la performance et le suivi de la formation³ des médecins tout au long de leur parcours professionnel. Ses représentants siègent dans toutes les structures officielles qui débattent actuellement des dispositifs de Formation Médicale Initiale et Continue.

Faire rayonner les facultés de médecine à travers la recherche médicale et le soin

Les facultés de médecine participent également à la mission de soins et de recherche des Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU), auxquels elles sont liées par convention⁴. De la théorie des sciences médicales à la pratique, de la recherche à l'innovation thérapeutique, la Conférence des Doyens de Facultés de Médecine veille à ce que les facultés restent à l'avant-garde du progrès médical.

¹ Études de médecine, d'odontologie, de pharmacie, de sage-femme.

² Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

³ Formation Médicale Continue.

⁴ Ordonnance de 1958.

Ses partenaires

La Conférence des Doyens de Facultés de Médecine coordonne son action avec la Conférence des directeurs généraux et la Conférence des présidents de CME des CHU. Les trois conférences organisent tous les deux ans les Assises Hospitalo-Universitaires.

Elle collabore également avec la Conférence des Doyens de Faculté de Chirurgie Dentaire, la Conférence des Doyens de Facultés de Pharmacie, le Conseil national de l'Ordre des Médecins, la Fédération Hospitalière de France ainsi que les associations représentatives des étudiants en médecine (ex : l'ANEMF), des internes et des chefs de clinique.

Pour plus d'informations, veuillez visiter le site : www.conference-doyens-medecine.fr

Constituée en association type loi 1901, la Conférence est dirigée par un bureau.

Bureau élu en novembre 2007

- Christian THUILLEZ (Rouen), Président
- Patrice DETEIX (Clermont-Ferrand), vice-président, Président de la Commission Pédagogique Nationale des Etudes Médicales et coordonnateur du « Groupe DES-DESC hors Médecine Générale »
- Dominique PERROTIN (Tours), vice-président
- Jean-Paul FRANCKE (Lille), Secrétaire Général
- Bertrand LUDÉS (Strasbourg), Secrétaire Général Adjoint et coordonnateur du « Groupe Relations Internationales »
- Benoît SCHLEMMER (Paris 7), Trésorier
- Patrick BERCHE (Paris 5), Trésorier Adjoint

Membres du bureau

- Jean-Pierre FARCET (Paris 12), Membre
- Pierre COCHAT (Lyon), Membre

Chargés de Mission

- Jacques TOUCHON (Montpellier), Chargé de mission, coordonnateur du « Groupe Recherche », Président du Comité de Coordination de la recherche
- Bernard NEMITZ (Amiens), Chargé de Mission Médecine générale
- Jean-Michel ROGEZ (Nantes), Chargé de mission
- Bernard SELE (Grenoble), Chargé de mission

Membre de Droit : Jean-Louis Gérard (Caen) Président du Conseil Scientifique du Centre National des Concours d'Internat (CNCI).

Composition du bureau - novembre 2007

Christian THUILLEZ (Rouen), Président, coordonnateur du « Groupe formation »

Patrice DETEIX (Clermont-Ferrand), Vice-Président , Président de la Commission Nationale Pédagogique des Etudes Médicales et coordonnateur du « Groupe DES-DESC hors Médecine Générale »

Dominique PERROTIN (Tours), Vice-Président

Jean-Paul FRANCKE (Lille), Secrétaire Général

Bertrand LUDES (Strasbourg), Secrétaire Général Adjoint et coordonnateur du "Groupe Relations Internationales"

Benoît SCHLEMMER (Paris 7), Trésorier

Patrick BERCHE (Paris 5), Trésorier Adjoint

Roger GIL (Poitiers), Chargé de la communication

Jean-Pierre FARCET (Paris 12), Membre

Pierre COCHAT (Lyon), Membre

Chargés de Mission

Jacques TOUCHON (Montpellier), Chargé de mission, coordonnateur du « Groupe Recherche », Président du Comité de Coordination de la recherche

Bernard NEMITZ (Amiens), Chargé de Mission Médecine générale

Jean-Michel ROGEZ (Nantes), Chargé de mission

Bernard SELE (Grenoble), Chargé de mission

Membre de Droit

Jean-Louis Gérard (Caen) Président du Conseil Scientifique du CNCI

Carte de France des 32 Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires

29 CHU

Amiens
Angers
Besançon
Bordeaux
Brest
Caen
Clermont-Ferrand
Dijon
Fort de France
Grenoble
Lille
Limoges
Lyon
Marseille
Montpellier
Nancy
Nantes
Nice
Nîmes
Paris
Pointe à Pitre
Poitiers
Reims
Rennes
Rouen
Saint-Etienne
Strasbourg
Toulouse
Tours



3 CHR

La Réunion
Metz-Thionville
Orléans

CHU : chiffres clés 2007*

Urgences	8 millions d'appels gérés par les Centres 15 des CHU 290 000 appels gérés par les Centres anti-poison 3,3 millions de personnes accueillies dans les services d'urgences
Activité de soins	4,5 millions de personnes hospitalisées en court séjour 2,7 millions de séjours de moins de 48h 116 319 accouchements 16,5 millions de consultations 1,3 million de séances 14,5 millions journées d'hospitalisation MCO
Innovations	950 essais cliniques multicentriques dont les CHU assurent la promotion 969 essais cliniques monocentriques dont les CHU assurent la promotion
Recherche	235 brevets déposés par an en moyenne 531 nouveaux programmes hospitaliers de recherche clinique par an en moyenne 14 600 publications par an en moyenne 300 000 patients inclus dans de nouveaux essais chaque année à travers 22 000 demandes de recherche déposées auprès de l'Afssaps (Essais cliniques et médicaments, FHF LEEM avril 2005). Les CHU sont 1 977 fois centres investigateurs pour des essais promus par des sociétés savantes, des associations ...et 4 291 fois centres investigateurs pour des essais promus par d'autres CHU, des CLCC ou des CHG. Enfin ils sont 6 276 fois centres investigateurs dans des essais industriels. 10 CHU sont associés à un pôle de compétitivité 132 centres de référence des maladies rares 60 Instituts Fédératifs de Recherche 31 centres d'investigation 11 unités de recherche clinique 625 équipes labellisées en 2005 (universitaires et EPST) 86 structures d'aide et de conseil aux investigateurs 8 centres techniques de recherche et de soins
Enseignement	40 facultés de médecine 16 facultés d'odontologie 9 407 médecins enseignants dont de nombreux vacataires parmi les 3 822 PU-PH, 2 978 CCA, 1 811 MCU-PH, 604 AHU, 192 PHU (JO du 07/12/2006) 46.000 étudiants en année 1** 29.000 étudiants en année 2 à 6** 16 000 internes** **source : Association des responsables administratifs des facultés de médecine - statistiques 276 écoles spécialisées préparent près de 26 000 élèves aux métiers de sage-femme, infirmière, technicien de laboratoire, aide soignante...
Effectif	300 000± personnels équivalent temps plein dont 31 000 praticiens (médecins et internes) 12 456 emplois créés de 2003 à 2005, soit 4 152 par an
Lits et places	56 233 lits d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) 4 968 places et postes en MCO
Budget 2007	21,2 milliards d'euros - compte de résultat principal 2 milliards d'euros d'investissement 1,86 % de déficit

*Statistiques élaborées à partir des bases de données de Lille et de Poitiers. A noter que ces données intègrent les CHR d'Orléans et de Metz.

Les contacts Presse



Commissions Médicales d'Établissement
des Centres Hospitaliers Universitaires

Jessica Verheyde - Alphagest
11 Avenue de Neptune
94130 Nogent sur Marne
☎ 06 62 88 57 14
jessicaverheyde@yahoo.fr
www.chu-cme.org



**Conférence des
Directeurs Généraux**

Marie-Georges Fayn
Domaine de Bellevue
36290 St-Michel-en-Brenne
☎ 02 54 38 06 59
☎ 06 84 81 59 82
resocho@club-internet.fr
www.reseau-chu.org

Conférence des **Doyens** • **SANTÉ**
des facultés de **Médecine** • **FORMATION**
RECHERCHE

Emilie Geoffroy - Groupe i&e
32 rue de Trévisse
75423 Paris Cedex 09
☎ 01 56 03 13 15
egponson@i-e.fr