

CHU, CH et recherche clinique : quelles clés de coopération ?

Favoriser l'accès des patients à la recherche partout sur le territoire

I. Pourquoi coopérer ? Pour qui ? Pour quoi ?

- **Pour les patients** : garantir un accès équitable à l'innovation thérapeutique, y compris en dehors des CHU.
- **Pour les professionnels** : permettre à tous les investigateurs, internes, médecins de ville, infirmier à domicile de s'engager dans la recherche.
- **Pour le territoire** : structurer une dynamique cohérente autour de la recherche, simplifier le système contractuel
- + Penser à la **file active de patients** : Où sont-ils suivis ? Où sont-ils inclus ?

2. Une organisation territoriale structurée

- **1 territoire = 1 signataire** convention unique + plusieurs grilles
- **1 seul PI**, plusieurs co-investigateurs
- **Informé le promoteur** de l'organisation territoriale dès la « **site suitability** »

Modalités contractuelles : voir Fiche outil CNCR « organisation de territoire »

3. Culture recherche dans les CH : un levier à renforcer

La culture recherche est importante du côté médical ou de direction dans les CH et il faut la maintenir.

- Les capacités d'inclusion en CH sont importantes, il faut :
 - ▶ Encourager les CH à s'emparer du sujet
 - ▶ Soutenir la **montée en compétence des équipes** non-CHU
 - ▶ Veiller à la cohésion entre les CHU et les CH pour la coopération territoriale.
- S'assurer de la **diffusion des messages du CNCR** dans les établissements non-CHU :
« Avec le projet de territoire de recherche, les CH pourront avoir accès à de nouvelles recherches. »

4. Coopération avec les universités et internes

- Exemple : **thèses d'internes** : comment suivre leurs actions ?
- Contexte : **hors convention unique** majoritairement
- Recommandation : mettre en place un **comité d'éthique et de déontologie du territoire** pour les projets qui ne relèvent pas d'un CPP.

Exemple inspirant : GCS de Nice qui porte un EDS commun (CHU, CLCC, fondation, université), offrant un comité scientifique et un Entrepôt de données de santé commun.

5. Médecine de ville : acteur clé, circuit complexe

- Nécessité d'une **cartographie des acteurs libéraux** (médecins et paramédicaux)
- Frein : facturation et reversements complexes
 - ▶ **Coopérations** (sociétés, groupements, maison...) à privilégier pour simplifier la contractualisation
- Recommandation : s'appuyer sur des réseaux déjà structurés comme **MUST** ou **STAN**

6. Propriété intellectuelle et publications

Ne pas oublier la **charte de publication**, notamment pour :

- L'attribution des publications
- La visibilité des co-investigateurs

7. Conclusion

Fiche outil « organisation de territoire », au service des dynamiques locales

- À adapter selon les réalités de chaque territoire.
- Recommandations à établir en collaboration avec les promoteurs industriels et la DGOS..

Perspectives : approfondir la coopération CHU-CH et GHT

Disposer d'une **cartographie des dynamiques de coopération entre CHU et CH**, permettant de mieux comprendre les complémentarités, les freins, et les leviers de collaboration au service de la recherche clinique.

Cette réflexion pourrait s'inscrire en parallèle d'une analyse sur les **coopérations au sein des GHT** en recherche clinique, afin de mieux articuler les logiques de coordination entre établissements et réseaux territoriaux existants.