

# Colloque

Hcéres, le 20 mars 2024

## Quel avenir pour le score SIGAPS ?

Enjeux pour  
l'évaluation et  
le financement  
de la recherche  
biomédicale  
en France

Restitution





Photo Credits  
© Hcéres / Ofis

# Restitution du colloque

---

## Quel avenir pour le score SIGAPS ? Enjeux pour l'évaluation et le financement de la recherche biomédicale en France

20 mars 2024

---

Hcéres, 2 rue Albert Einstein - 75013 Paris



# Objectifs du colloque

Le Hcéres et l'Ofis ont organisé ce colloque dans un double objectif :

- Analyser les effets du recours à SIGAPS en tant qu'outil d'allocation de fonds et en matière de pratiques d'évaluation ; explorer les tensions éventuelles avec les exigences de l'intégrité scientifique
- Débattre de propositions d'évolution de SIGAPS

---

Le Hcéres et l'Ofis remercient Alain Fischer, président de l'Académie des sciences, pour son accompagnement dans la programmation de ce colloque.

Cette restitution reprend les éléments essentiels des interventions et a été réalisée par Hélène Le Meur (Ofis). Les diaporamas présentés par certains intervenants ou intervenantes sont disponibles sur le site de l'Ofis.

---

Page dédiée au colloque : <https://www.ofis-france.fr/colloque/colloque-2024/>

# Sommaire

Les intervenantes et intervenants	06
Ouverture   Discours liminaires	08
Genèse et rôle de SIGAPS   Analyse des effets du recours à SIGAPS	13
Table ronde #1 : SIGAPS vu par ses utilisateurs	19
Table ronde #2 : Évolutions possibles	25
Discours de clôture	31

# Les intervenantes et intervenants

## Ouverture | Discours liminaires

### **Stéphanie Ruphy**

Directrice de l'Ofis,  
professeure à l'ENS (Ulm)

### **Alain Fischer**

Président de l'Académie  
des sciences

### **Guillaume Gellé**

Président de France  
Universités

## Genèse et rôles de SIGAPS | analyse des effets du recours à SIGAPS en tant qu'outil d'allocation de fonds et en matière de pratiques d'évaluation

### **Frédérique Sachwald**

Présidente de séance  
Directrice de l'Observatoire  
des sciences et techniques  
(OST)

### **Jean-Marc Aubert**

Ancien directeur de la  
Direction de la recherche,  
des études, de l'évaluation  
et des statistiques (DREES)  
du ministère de la Santé et  
des Solidarités

### **Lionel Da Cruz**

Chef du bureau Innovation  
et recherche clinique,  
direction générale de  
l'offre de soin, ministère du  
Travail, de la Santé et des  
Solidarités

### **Patrick Devos**

Statisticien, direction  
de la recherche et de  
l'innovation, CHU de Lille

### **Louise Benoit**

Cheffe de clinique en  
chirurgie oncologique  
gynécologique, service du  
Pr Bats, Hôpital européen  
Georges-Pompidou

## Table ronde #1 : SIGAPS vu par ses utilisateurs

### **Michèle Cottier**

Modératrice  
Directrice du pôle santé du  
Hcéres

### **Astrid Vabret**

PU-PH Virologie, CHU  
de Caen, présidente de la  
section 45 du CNU-Santé

### **Bertrand Godeau**

PU-PH Médecine interne,  
CHU Henri-Mondor de  
Créteil, président de la  
section 53 du CNU-Santé

**Brigitte Courtois**

Directrice générale de la recherche et de l'innovation du CHU de Lille

**Anne Langellier**

Directrice générale adjointe du CHU Amiens-Picardie

**Carl Picard**

Data manager à la direction de la recherche Clinique, CHU Amiens-Picardie

**Table ronde #2 : évolutions possibles****Stéphane Le Bouler**

Modérateur  
Président par intérim du Hcéres

**Michèle Cottier**

Directrice du pôle santé du Hcéres

**Arnold Migus**

Académie nationale de médecine

**Pierre Corvol**

Professeur émérite au Collège de France, Académie des sciences

**Bruno Riou**

Doyen de la Faculté de santé, Sorbonne Université

**Discours de clôture****Manuel Tunon de Lara**

PU-PH, Université de Bordeaux, chargé de mission rénovation de la recherche biomédicale

**Didier Samuel**

PDG de l'Inserm

**Thierry Damerval**

PDG de l'ANR

**Marie Daudé**

Directrice générale de l'offre de soins, ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités

**Claire Giry**

Directrice générale de la recherche et de l'innovation, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

**Stéphane Le Bouler**

Président par intérim du Hcéres

# Ouverture

# Discours liminaires

---

Les participantes et participants

**Stéphanie Ruphy**

Directrice de l'Ofis, professeure à l'ENS (Ulm)

**Alain Fischer**

Président de l'Académie des sciences

**Guillaume Gellé**

Président de France Universités



# Ouverture

« Pourquoi un colloque sur l'avenir du score SIGAPS à l'initiative de l'Office français d'intégrité scientifique (Ofis), au sein du Hcéres ? » C'est avec cette question que **Stéphanie Ruphy, directrice de l'Ofis**, ouvre les échanges destinés à explorer les pistes d'évolution souhaitables concernant cet outil et ses usages. Elle commence par rappeler les deux registres de mission qui sont désormais ceux du Hcéres, autorité publique indépendante depuis janvier 2022 : celui des missions historiques d'évaluation et celui, plus récent, confié par la loi de programmation de la recherche de 2020, d'une mission nationale de promotion de l'intégrité scientifique que met en œuvre l'Ofis.

« Cette seconde mission monte en puissance, en phase avec des attentes de plus en plus fortes d'autres composantes de la société à l'égard du monde de la recherche. Plus que jamais, ce qui sort des laboratoires de recherche doit être digne de confiance car cela impacte directement la vie de l'ensemble de nos concitoyens. Il suffit de penser à ce qui se passe dans les laboratoires en matière d'intelligence artificielle, mais aussi plus indirectement, via par exemple la décision politique quand elle se nourrit d'expertises scientifiques. »

## Opportunité de mise en cohérence

Stéphanie Ruphy voit dans ce choix institutionnel fait en France, d'associer des missions d'évaluation et de promotion de l'intégrité scientifique, une opportunité de mise en cohérence des attentes à l'égard des chercheurs et des chercheuses. « On souligne souvent, et en partie à juste titre, des tensions entre d'un côté des attentes en matière d'intégrité scientifique, par exemple concernant de bonnes pratiques de publication — publier moins pour publier mieux — et de l'autre, des critères d'évaluation qui, pour faire court, tireraient trop du côté du bien connu *publish or perish* » poursuit-elle.

Aujourd'hui certes, de nombreuses institutions scientifiques se sont engagées en faveur d'une évaluation plus qualitative et multidimensionnelle. « Mais ce chantier essentiel de mise en cohérence est un chantier complexe, de longue haleine, qui appelle des changements de culture professionnelle à de multiples niveaux. Et un élément important de ce chantier dans le contexte français de la recherche biomédicale est assurément les usages qui sont faits aujourd'hui du score SIGAPS. »



Stéphanie Ruphy, directrice de l'Ofis

## SIGAPS, double exception culturelle

Le système SIGAPS, mis en œuvre au départ comme outil d'allocation de fonds pour la recherche médicale mais aussi utilisé depuis dans les pratiques d'évaluation, apparaît aujourd'hui comme une double exception. « Exception d'abord au sein de la recherche française, puisqu'il n'y a pas d'équivalent strict dans les autres grands domaines de recherche, sorte d'exception culturelle française ensuite, si on le compare cette fois avec les dispositifs d'évaluation et de financement de la recherche biomédicale dans d'autres pays » précise Stéphanie Ruphy. Alors, à l'instar d'autres exceptions culturelles françaises, faut-il la préserver ou la faire évoluer ? Et comment ?

Ce colloque a été conçu pour débattre collectivement de ces questions. Envisager de façon pertinente et réaliste des pistes d'évolution exige d'abord de bien poser le diagnostic. Cela suppose de revenir sur la genèse du système, comment, à quelles fins a-t-il été conçu, puis d'analyser les effets qu'on peut aujourd'hui juger indésirables du recours au score SIGAPS, à la fois comme outil d'allocation de fonds et en matière d'évaluation. Ce sera l'objet de la première séquence d'interventions et de la première table ronde. Il s'agira ensuite d'explorer, formuler des pistes d'évolution lors de la deuxième table ronde suivie des discours de clôture par des acteurs institutionnels en première ligne pour conduire ces évolutions.

# Discours liminaires

**A**lain Fischer, président de l'Académie des sciences, affirme d'emblée que ce colloque se tient au bon moment pour réfléchir à l'évolution de la recherche médicale, de la recherche clinique dans les centres hospitalo-universitaires et que sa grande force est d'avoir réuni tous les acteurs nécessaires pour faire avancer cette réflexion.

Ce score, rappelle-t-il, a été mis en place « pour donner une valeur objective à la contribution des centres hospitaliers à la recherche et à l'enseignement, afin que cette contribution ne soit pas appréciée de manière arbitraire mais sur des données, en l'occurrence quantitatives, qui apportent une information potentiellement indiscutable ou au moins suffisamment solide pour asseoir le financement de ces activités au sein des centres hospitaliers. » Les sommes en jeu sont importantes puisqu'un peu plus de 60 % du 1,9 milliard d'euros consacré à ce financement sont alloués à partir de l'indicateur SIGAPS.

## Règles de calcul questionnables

Pour lancer la réflexion, Alain Fischer fait d'abord trois remarques. La première, sous forme d'une équation –  $14 \times 1 = 1 \times 14$  ? – renvoie au mode de calcul des points score SIGAPS. Elle interroge le fait qu'une publication dans une revue aussi prestigieuse que le *New England Journal of Medicine*, dont le classement vaut 14 points, rapporte le même score que 14 publications dans des revues valant 1 point, c'est-à-dire les revues du bas du classement, ayant un indice de citation faible. Pour lui, « une fois quatorze vaut beaucoup, beaucoup, plus que quatorze fois un. C'est en soi un premier problème. »

Sa deuxième remarque concerne l'évolution vers l'utilisation du score SIGAPS pour l'évaluation des individus, au sein des UFR médicales et pharmaceutiques et au sein des CNU du même secteur, loin de la fonction pour laquelle il a été créé. Avec cette règle qu'il faut un score de 200 points pour être nommé MCU-PH et de 400 points pour devenir PU-PH. « Cela signifie qu'on attribue à un individu une valeur quantitative très précise, fondée sur les publications scientifiques. Ce fonctionnement est en totale contradiction avec un principe fondamental aujourd'hui établi à l'échelle internationale via DORA, la déclaration de San Francisco sur l'évaluation des

activités de recherche scientifique. DORA stipule formellement qu'il ne faut pas s'appuyer sur des critères quantitatifs mais sur des critères qualitatifs pour évaluer des individus. A peu près toutes les institutions françaises de recherche ont signé cette déclaration et se sont engagées à la suivre. » Utiliser le score SIGAPS pour juger ou faire évoluer la carrière d'un individu n'est donc pas acceptable de son point de vue.

Volontairement caricaturale, sa troisième remarque compare deux personnalités : celle de Didier Raoult, probablement le médecin français ayant récolté le plus de points SIGAPS et celle de Pierre Potier, pharmacien et chimiste français auteur d'une centaine de publications et d'avancées majeures en cancérologie – il a découvert deux médicaments anticancéreux de première importance – dont le score SIGAPS n'atteindrait pas les 200 points. « Deux situations extrêmes, convient-il, mais d'une injustice profonde bien réelle.

En miroir de ces remarques, Alain Fischer formule une série de questions, adressées à l'ensemble de l'assistance. Il s'interroge d'abord sur le bien-fondé du score SIGAPS : A-t-on besoin d'un indice quantitatif ? Si la réponse est oui, comment faut-il le faire évoluer ? Est-ce qu'un score SIGAPS amélioré est suffisant ? N'est-il pas nécessaire d'y ajouter une évaluation qualitative ? Si Alain Fischer est convaincu de cette nécessité, il pense néanmoins que la question doit être débattue.



**Alain Fischer, président de l'Académie des sciences**

Le deuxième volet de questionnement porte sur les utilisations du score SIGAPS. Concernant le financement des activités de recherche et d'enseignement, le président de l'Académie ne

voit pas de raison de ne pas continuer à utiliser un indicateur, mais dans dans une version améliorée, accompagné d'une évaluation qualitative des performances de recherche de chaque CHU. Quant à son usage pour l'évaluation des carrières individuelles, voire de groupes de recherche au sein des CHU, Alain Fischer prend clairement position contre, mais, encore une fois, soumet la question au débat.

Enfin, son troisième point intitulé – les MERRI pour quoi faire ? – plus compliqué mais absolument fondamental à son avis, invite à s'interroger sur la règle de distribution de ces allocations spécifiques pour les activités de recherche. Aujourd'hui, ce sont environ 60 % de l'enveloppe globale de 1,9 milliard d'euros qui sont distribués automatiquement à partir du score obtenu par tel ou tel établissement. « Faut-il rester sur cette règle ou peut-on la faire évoluer ? Comment prendre en compte la dimension qualitative et comment suivre la façon dont ces sommes sont ensuite utilisées sur le terrain ? Sont-elles, comme dans la majorité des CHU ou des centres hospitaliers qui en bénéficient actuellement, absorbées dans le budget global de l'hôpital qui essaie vaillamment que vaillamment d'équilibrer ses dépenses et ses recettes ? Ou peut-on envisager de cibler une fraction de cette somme vers des activités de recherche à l'hôpital, plus novatrices, plus performantes comme certains CHU tentent de le faire ? ». Autant de pistes que le président de l'Académie souhaite voir explorer.

« La recherche biomédicale française est aujourd'hui en déclin. » C'est par ce constat « largement partagé au sein de la communauté hospitalo-universitaire » que **Guillaume Gellé, président de France Universités**, aborde la question de l'avenir de SIGAPS. Il se réfère à de nombreuses contributions récentes étayant ce constat – celle des Académies de médecine et de pharmacie, le rapport d'Alain Fischer dans Terra Nova, l'étude diligentée par France Universités réalisée par le cabinet Siris, celle du Comité national de coordination de la recherche et de la conférence des doyens de médecine etc. – et aux réflexions menées ces derniers mois autour des stratégies de pilotage du financement de la recherche ou des carrières hospitalo-universitaires ainsi qu'à la mission confiée à Anne-Marie Armanteras et Manuel Tunon de Lara sur un plan de rénovation de la recherche biomédicale. Il rappelle également qu'en 2018, un rapport de la Cour des comptes questionnait déjà le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale.

« Un tel contexte force à s'interroger sur les outils d'évaluation actuels de la recherche biomédicale pour les chercheurs du domaine, mais aussi pour les établissements hospitaliers et bien sûr hospitalo-

universitaires. » Et par conséquent sur le score SIGAPS, au vu de son impact sur les dotations financières des établissements et pour la carrière des hospitalo-universitaires. Guillaume Gellé en appelle à une réflexion sur la pertinence de ses différentes utilisations, de sa pérennisation et de ses évolutions. Il précise que le score n'a toujours pas été évalué et déplore, à l'instar de l'avis de l'Académie des sciences, « les pratiques déviantes devenues courantes pour obtenir le score SIGAPS le plus élevé : saucissonnage des publications, multiplications d'articles de recherche de faible niveau, etc. »



**Guillaume Gellé, président de France Universités**

## Un score dévié de son objectif initial

De son point de vue, le score a été dévié de son objectif initial, celui d'un d'indicateur budgétaire, pour devenir un outil validé de performance individuelle spécifiquement français, utilisé comme critère de recrutement et de promotion des hospitalo-universitaires. Il mentionne, lui aussi, la règle des 400 points pour pouvoir postuler à un emploi hospitalo-universitaire de PU-PH. En tant que président de France Universités, il tient à insister sur la singularité que le score SIGAPS crée au sein même des universités : « pourquoi les CNU-santé n'utiliseraient-ils pas, pour recruter et promouvoir les hospitalo-universitaires, les mêmes critères que ceux des autres disciplines universitaires, qui se basent plutôt sur des critères internationalement reconnus et qui privilégient à l'heure actuelle la qualité plutôt que la quantité ? »

Même dissonance pour l'évaluation de la recherche associée à des octrois budgétaires liés au score SIGAPS tel qu'il est calculé actuellement. Elle conduit à des stratégies opposées entre centres hospitaliers et universités : « les hôpitaux sont poussés à privilégier la quantité des publications, les universités encouragées à publier dans des revues à très haut facteur d'impact qui comptent dans les classements internationaux en privilégiant la qualité. Pouvons-nous continuer à utiliser un indicateur introduisant

un financement basé sur la performance aux dépens de la qualité, modèle qualifié par certains de tarification à l'acte bibliométrique ? » Un indicateur qui, de surcroît, n'incite pas à un fonctionnement coopératif optimal entre l'université et son CHU.

Plus généralement, « est-ce dans l'intérêt de notre pays de continuer à utiliser un indicateur propre au domaine de la santé et spécifiquement français alors que la recherche biomédicale est aujourd'hui pluridisciplinaire et internationale ? » D'autant que ses biais sont désormais de notoriété internationale, indique-t-il, en citant l'analyse de chercheurs canadiens, Yves Gingras et Mahdi Khelifaoui,

parue en 2021, pour qui SIGAPS « a fait basculer la recherche médicale française sous l'emprise de l'évaluation comptable. »

Nombreux sont donc les sujets à discuter et Guillaume Gellé souhaite que les échanges de ce colloque permettent de choisir les bonnes options pour l'avenir. « Il est de notre responsabilité à nous, au Hcéres et à l'ensemble de la communauté hospitalo-universitaire d'œuvrer pour restaurer la qualité, l'éthique et le rayonnement international de la recherche biomédicale française et lui redonner toute son unité et son excellence. »



# Genèse et rôles de SIGAPS

## Analyse des effets du recours à SIGAPS en tant qu'outil d'allocation de fonds et en matière de pratiques d'évaluation

---

Les participantes et participants

**Frédérique Sachwald**

Présidente de séance

Directrice de l'Observatoire des sciences et techniques (OST)

**Jean-Marc Aubert**

Ancien directeur de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation  
et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé et des Solidarités

**Lionel Da Cruz**

Chef du bureau Innovation et recherche clinique, direction générale de l'offre  
de soin, ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités

**Patrick Devos**

Statisticien, direction de la recherche et de l'innovation, CHU de Lille

**Louise Benoit**

Cheffe de clinique en chirurgie oncologique gynécologique, service du Pr Bats,  
Hôpital européen Georges-Pompidou



**Frédérique Sachwald, directrice de l'OST**

**E**n ouverture de la première session qu'elle préside, **Frédérique Sachwald, directrice de l'OST**, explique qu'il a paru important pour nourrir les débats de commencer par « planter le décor en revenant sur les origines et le fonctionnement de SIGAPS ». La session rappellera ainsi les « motivations de la mise en place de ces indicateurs, leur rôle actuel dans le cadre du financement de la recherche en santé et leur mise en œuvre concrète, tout en abordant aussi les diverses évolutions. »

Autant de dimensions à couvrir que Frédérique Sachwald confie à chaque intervenant et intervenante : à **Jean-Marc Aubert**, le contexte de la conception des points SIGAPS au début des années 2000, à **Lionel Da Cruz**, l'utilisation de SIGAPS en tant qu'outil d'allocation des fonds aux établissements de santé pour la recherche et l'innovation et les réflexions en cours sur l'ensemble du dispositif, à **Patrick Devos** les modalités de mise en œuvre des indicateurs SIGAPS et SIGREC. Et enfin pour élargir la perspective, **Louise Benoit** partagera son point de vue de praticienne sur les liens entre l'usage d'indicateurs relatifs aux publications et certaines dérives observées à l'échelle internationale en matière d'édition scientifique.

~~~~~

Ancien directeur de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères de la Santé et des Solidarités), **Jean-Marc Aubert** resitue le contexte de la mise en œuvre des points SIGAPS, comme outil d'aide au financement de la recherche biomédicale. « En 2002, rappelle-t-il, la France décide d'établir une tarification à l'activité à l'hôpital, la T2A. Ce choix a été fait pour rompre avec une situation peu satisfaisante, où les hôpitaux étaient tarifés avec des dotations, établies sur des critères un peu frustrés, peu objectifs et hérités d'un historique très dépendant des ministres successifs ». Il précise aussi que beaucoup d'autres pays avaient déjà adopté la T2A, avec ses avantages et ses inconvénients. « À l'époque, la tarification des soins n'était plus un sujet, nous avions les outils

pour la mettre en œuvre. En revanche, pour la recherche, les missions d'intérêt public, ce qu'on appelle en France l'accompagnement via des aides, ce n'était pas le cas : nous ne savions pas faire. » explique-t-il. Est alors créée une dotation nationale de financement des MIGAC, (missions d'intérêt général d'aide à la contractualisation) englobant des dotations budgétaires spécifiques pour financer la participation des établissements de santé aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation, les MERRI.

## Recherche du bon indicateur

Restait à trouver un bon indicateur pour l'allocation de ces dotations. « Nous avons travaillé sur des données comptables, mais dans le domaine médical, recherche et soins peuvent être très imbriqués et cette complexité est très difficile à appréhender par le financeur, en l'occurrence l'État. Si, comme l'ont montré les travaux de Jean Tirole – Prix Nobel d'économie – sur ces questions ardues de tarification, l'État disposait d'une information juste et objective de l'effort de chacun, ce serait simple. En l'absence d'une telle information, il fallait faire autrement. Sur la recherche, à l'époque le seul indicateur un peu quantitatif objectif, qui correspondait à notre objectif – inciter à faire de la recherche et à publier – était SIGAPS, développé depuis quelques années à des fins bibliométriques. SIGAPS présentait en outre un grand intérêt, il était simple. Il a donc été adopté. »



**Jean-Marc Aubert, ancien directeur de la DREES**

Jean-Marc Aubert décrit alors les qualités que doit présenter un indicateur pour être utile du point de vue du financeur, que ce soit un indicateur de performance, de coût ou autre. La simplicité d'abord. Il doit aussi être facilement calculable et ce, au moment idoine : « l'indicateur, le meilleur qu'il soit, s'il ne peut être obtenu que 3 ou 4 ans après l'année budgétaire, ne servira pas à grand-chose. » Ce calcul doit pouvoir être fait régulièrement. Aussi trivial que cela puisse paraître, il doit être pertinent. En l'occurrence pour SIGAPS, la question à se poser est la suivante : souhaitons-nous que les chercheurs publient ? Si oui, un peu, beaucoup, modérément ?

## Qu'est-ce qu'un bon indicateur ?

Une autre caractéristique clé est la cohérence avec la politique publique menée : un indicateur de financement sert à inciter dans le cadre d'une politique publique. « Si demain vous considérez que l'hôpital doit d'abord produire de nouveaux médicaments, le bon indicateur ne sera pas le même que si vous considérez que l'hôpital doit d'abord faire partie d'un écosystème mondial de recherche. » Avant de dire dans l'absolu qu'un indicateur est le bon ou d'en inventer un nouveau, il est fondamental de s'entendre d'abord sur les objectifs principaux de politique publique. Sans cela, on ne sait pas définir un bon mode de financement. Un bon indicateur doit aussi être concret et facilement améliorable, c'est le cas de SIGAPS, on voit très bien comment l'améliorer. Enfin, il doit être solide, le moins manipulable possible et avec le moins d'effets secondaires possibles. Tout indicateur, comme tout mode de financement a des effets secondaires pervers, qu'il faut être en mesure d'analyser.

Aujourd'hui on interroge SIGAPS à l'aune de ces critères, mais il faut se souvenir qu'en 2002, le contexte était autre : SIGAPS était considéré comme correct parce qu'à l'époque le modèle de publication reposait sur le respect du principe d'évaluation par les pairs, on ne payait pas pour publier. Le monde de la publication scientifique n'est plus le même aujourd'hui. « L'adoption de SIGAPS en 2002 est une construction historique qui mérite, comme toute construction historique, d'être interrogée, évaluée, et modifiée si besoin. Soit parce qu'il existe aujourd'hui des indicateurs plus performants, mieux adaptés à la réalité actuelle, ou simplement parce qu'il est nécessaire d'accompagner SIGAPS par de nouveaux indicateurs. Ce n'est pas trahir les concepteurs du système de dire que s'ils le faisaient aujourd'hui, ils le feraient probablement un peu différemment. Et c'est bien normal. Le système a d'ailleurs déjà évolué. »

À l'heure de cette réflexion collective, Jean-Marc Aubert insiste sur le fait que l'objectif doit présider au choix et à l'élaboration d'un indicateur. Si l'on considère, par exemple, que la coopération entre l'université et l'hôpital est un des objectifs majeurs, SIGAPS, qui n'est pas utilisé dans les universités, n'est pas le meilleur choix. Plus généralement, si on veut réussir à faire évoluer cette aide au financement, les indicateurs utilisés ou à développer doivent répondre aux caractéristiques actuelles et objectives du financement.

~~~~

Pour expliquer la mécanique d'allocation actuelle, **Lionel Da Cruz, chef du bureau Innovation et recherche clinique**, à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) commence par partager les chiffres

clés. En 2023, l'enveloppe totale de financement pour l'innovation et la recherche appliquée en santé, déléguée par la DGOS est de 2,9 milliards d'euros. « Sur ces 2,9 milliards, 191 millions d'euros sont alloués aux appels à projets, dont le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC-N), 171 millions d'euros sont dédiés aux structures d'appui à la recherche (centres de ressources biologiques, centres d'investigations cliniques, etc.). La part la plus importante – soit 1,97 milliard d'euros – revient à la dotation socle de financement des activités de recherche, qui finance aujourd'hui 196 structures de soins dans le pays. »

Depuis 2021, cette dotation socle est répartie en trois enveloppes de la manière suivante : 61 % pour l'enveloppe publications, 15 % pour l'enveloppe recherches-inclusions et 24 % pour l'enveloppe enseignement. C'est la première enveloppe, celle des publications, qui est allouée à partir des scores SIGAPS.



**Lionel Da Cruz, chef du bureau Innovation et recherche clinique, à la direction générale de l'offre de soins**

Lionel Da Cruz met l'accent sur un point essentiel à comprendre : « Le modèle de cette dotation vise à compenser les pertes de production d'activités de soin des établissements de santé dues à l'effort de recherche. » Autrement dit, à compenser le temps consacré par les médecins à la recherche plutôt qu'aux soins. Il fait écho à l'intervention de Jean-Marc Aubert, « il n'est pas question d'une tarification à l'activité pour la recherche ». Pour allouer cette compensation, on s'appuie donc sur l'outil SIGAPS qui sert à mettre en œuvre, calculer et répartir cette dotation.

## Outil de pilotage de la recherche

Il signale au passage un autre enjeu important qui est celui du pilotage de la recherche biomédicale en France. SIGAPS sert, en effet, aussi à suivre finement les travaux de recherche, à établir des cartographies thématiques et accompagner l'activité de recherche des établissements de santé. L'outil permet de ne plus piloter « à l'aveugle, comme on a pu le faire par le passé. »

Lionel Da Cruz détaille ensuite le mode de calcul du score SIGAPS (qualité de la publication, position de l'auteur et nombre de publications) pour un établissement de santé ou l'entité de recherche à laquelle est rattaché cet établissement de santé, à partir duquel le financement est ventilé. Il précise que la qualité des revues est prise en compte, via différentes catégories ( A+, A, B, C, etc.) fondées sur leur facteur d'impact et souligne l'importance du caractère paramétrique du système : « faire varier certains paramètres influence directement le financement des établissements de santé. Et c'est ainsi que nous avons affiné le modèle ces dernières années, notamment en 2021. »

## Rendre le système plus lisible

Des évolutions ont été conduites pour rendre le système plus lisible. Par exemple, le seuil d'éligibilité 2024 à cette enveloppe est fixé à 200 publications sur la période de référence. Cela a pour effet de concentrer les moyens financiers vers les établissements qui ont la recherche la plus importante. Plus généralement, quand on fait varier les paramètres, certains établissements entrent ou sortent du modèle. Un appel à manifestation d'intérêt (Cooperes) a donc été lancé en début d'année 2024 pour favoriser les coopérations de recherche pour les établissements de santé qui n'atteignent pas le seuil d'éligibilité à l'enveloppe publications. L'objectif étant à la fois de développer la recherche là où elle se fait mais également, là où elle peut se faire. L'ensemble des acteurs doivent pouvoir investir sur la recherche et il est parfois utile d'essaimer des moyens, dans une certaine mesure, pour faire émerger des chercheuses et des chercheurs ainsi que de nouvelles thématiques de recherche.

Quant aux évolutions en cours, il laisse à Marie Daudé le soin de présenter les pistes envisagées par la DGOS. Il explique néanmoins « qu'une révision des modalités de complétude et de contrôle des annuaires qui recensent l'ensemble des chercheurs publiants fait l'objet d'un arbitrage avec le cabinet du ministre ». Elle vise à assurer l'exactitude des informations notamment du bon référencement des établissements de santé auxquels ces chercheurs sont affiliés. Étant donné les sommes en jeu, c'est un enjeu important.

« Presque 2 milliards d'euros », rappelle-t-il en conclusion, insistant sur le fait que SIGAPS est « un outil pour financer des établissements de santé et non un outil d'évaluation de la science ou des chercheurs. »

~~~~

**Patrick Devos**, l'un des concepteurs du logiciel SIGAPS aujourd'hui responsable de la cellule Opérationnelle SIGAPS/SIGREC au CHU de Lille, attire l'attention sur le fait que cet outil a presque 25 ans. Il rappelle qu'il a été développé à l'origine à la demande du professeur Degand, président de la commission médicale d'établissement au CHU de Lille, pour répondre au besoin de suivi des publications scientifiques, tâche compliquée à l'époque dans un établissement de la taille d'un CHU. C'est en 2006, qu'une lettre de mission du ministère demande d'équiper et d'adapter SIGAPS à tous les établissements de santé à vocation de recherche. En 2023, 668 établissements l'utilisent.

## Un outil de recensement des publications biomédicales

Pour évoquer les atouts et limites de l'outil, il explique d'abord sur quoi se fonde le recensement des publications : une base en accès ouvert et de référence dans le domaine biomédical (Pubmed), une interrogation basée sur les noms, prénoms et initiales des auteurs et une validation par les publiants de leur liste d'articles (une fois par an). L'un des avantages de ce système, en open source et centralisé par la cellule lilloise, est qu'il ne coûte rien aux 668 établissements. De plus, il s'appuie sur un corpus consolidé de publications et fournit des indicateurs transparents et reproductibles, dans la ligne des recommandations internationales, en particulier du Manifeste de Leiden.



**Patrick Devos, responsable de la cellule Opérationnelle SIGAPS/SIGREC au CHU de Lille**

Une limite, confirme Patrick Devos, concerne effectivement les annuaires : en fonction des informations qui y sont collectées, le corpus et l'indicateur peuvent varier. Il revient d'ailleurs sur le choix de l'interrogation nominative : ce choix a été fait à l'époque pour s'affranchir de la très grande disparité, en France, dans les adresses des institutions, notamment entre universités et CHU. Une interrogation par adresse ne permet pas la construction de corpus exhaustifs. De plus, on le sait bien, « un PU-PH mentionne en général une



seule appartenance, soit l'université, soit le CHU, soit l'Inserm, selon l'endroit où il a réalisé le travail mais il indique très rarement les trois. »

Parmi les évolutions majeures de SIGAPS, le chercheur décrit la possibilité d'analyse par mots-clés (basée sur les *MeSH -Medical subject headings*), très utile par exemple pour cartographier une thématique de recherche en France. Il mentionne également le développement d'un module d'auto-évaluation pour les CHU, qui permet de se comparer très facilement à la moyenne des 32 CHU.

## Lien avec les essais cliniques

Autre développement précieux aux yeux de Patrick Devos, le lien via l'enregistrement obligatoire des essais cliniques – désormais un prérequis pour publier – entre les essais cliniques (SIGREC) et les publications associées (SIGAPS). Ce numéro d'enregistrement est obligatoire dans SIGREC et fait partie des métadonnées fournies par *Pubmed* : « C'est un outil de pilotage pour les établissements de santé, des disciplines et thématiques de recherche par pôle et par service. » Enfin, il met également en avant l'intérêt d'avoir développé progressivement une base de données nationale. Elle compte à ce jour près de 430 000 publications associant un auteur d'un établissement de santé et 18 800 recherches cliniques promues par un établissement de santé.

Quant aux pistes d'amélioration envisagées, elles consistent, pour SIGAPS, à ajouter des indicateurs d'*Open access* et des indices de citations, une opération aisément réalisable. Et concernant SIGREC, les réflexions en cours avec la DGOS et l'Agence d'innovation en santé (AIS) portent sur l'extension du périmètre à tous les promoteurs d'essais cliniques (industriels, sociétés savantes, groupes coopérateurs etc.) et sur l'intégration de nouveaux indicateurs.

Louise Benoit est chirurgienne gynécologue à l'hôpital Georges-Pompidou et chercheuse en post-doctorat à l'université Paris-Cité. Elle apporte son point de vue de chercheuse et médecin en début de carrière sur les points SIGAPS et pointe un certain nombre de dérives possibles.

Elle revient pour cela sur le mode de calcul des points SIGAPS. Sur le rang d'auteur d'une publication d'abord, elle fait remarquer qu'il est bien moins intéressant d'être au milieu de la liste que premier ou dernier auteur d'une publication – ces derniers se voient dotés d'un coefficient 4 alors que celui des auteurs « du milieu » vaut seulement 1. Elle déplore que le classement des revues – et donc le nombre

de points qui leur est associé – soit fondé sur leur facteur d'impact.

Si le but initial de SIGAPS est de mieux calibrer la somme allouée à l'établissement pour compenser le temps passé à la recherche, il a aussi des effets secondaires, constate-t-elle. L'un de ces effets pervers étant son utilisation pour l'avancement des carrières individuelles : « Il est communément admis qu'il faut 200 points pour passer MCU-PH et 400 points pour être PU-PH. »



Louise Benoit, chirurgienne gynécologue à l'hôpital Georges-Pompidou

La chercheuse ne remet pas en cause la nécessité de valoriser les carrières des cliniciens hospitalo-universitaires : « Être médecin, clinicien, faire de la recherche et de l'enseignement, cela demande énormément de temps, il faut pouvoir le faire valoir » mais l'approche par les points génère une course à la publication aux effets peu vertueux. Cette pression à la publication est loin d'être propre à la France mais le recours à SIGAPS l'accroît et privilégie la quantité et non la qualité. « En effet, pour amasser un maximum de points SIGAPS, produire une très belle étude qui aura pris 5 ans publiée dans une revue de rang A en premier auteur, qui rapporte 8x4 soit 32 points n'est pas la meilleure stratégie, explique-t-elle. Mieux vaut écrire un article moins bon, mais publié plus rapidement dans une revue de rang C, toujours en premier auteur qui vous fera gagner 16 points (4x4). Et en le faisant plusieurs fois dans l'année, vous obtiendrez les 32 points bien plus facilement. » La science, elle, n'y est pas gagnante.

## Comportements nuisant à l'intégrité scientifique

Ceci encourage « le saucissonnage » d'articles : « pourquoi publier un très bon article dans lequel je vais décrire ma technique chirurgicale, mes résultats à court terme et mes résultats à long terme, si je peux en publier trois qui me rapporteront plus de points ? » Dans la même veine, le biais de la spécialité peut entraîner certaines stratégies opportunistes.

Elle prend son propre exemple : « en gynécologie oncologie, il me sera plus facile pour gagner des points de publier dans une revue de rang A de gynécologie que dans une des nombreuses revues d'oncologie beaucoup plus compétitives. »

Louise Benoit signale aussi d'autres pièges liés à cette course aux points. Publier dans des revues prédatrices par exemple, revues qui passent outre un processus sérieux de validation par les pairs et dont l'intérêt est d'augmenter leur facteur d'impact; ou encore avoir recours aux usines à papiers (*paper mills*). Vouloir à tout prix une publication de rang A+, comme un article dans le *New England Journal of Medicine* peut pousser à falsifier ses données. Sans aller jusque-là, le *cherry picking*, à

savoir la sélection des données allant dans le sens voulu, la manipulation d'images, la multiplication des auteurs, l'ajout « d'auteurs amis » sont autant de comportements qui ne respectent pas les exigences de l'intégrité scientifique.

Enfin, elle souligne aussi que le système SIGAPS n'aide pas à combattre la difficulté à publier des résultats négatifs, pourtant particulièrement problématiques en médecine : « il est essentiel de savoir qu'un médicament ne marche pas ». Pour conclure qu'il faut évidemment financer la recherche dans les établissements et reconnaître le travail de recherche des cliniciens mais qu'il faut veiller à éviter les nombreux pièges et surtout celui d'une tarification à la publication.



# SIGAPS

## vu par ses utilisateurs

### Table ronde #1

---

Les participantes et participants

**Michèle Cottier**

Modératrice

Directrice du pôle santé du Hcéres

**Astrid Vabret**

PU-PH Virologie, CHU de Caen, présidente de la section 45 du CNU-Santé

**Bertrand Godeau**

PU-PH Médecine interne, CHU Henri-Mondor de Créteil, président de la section 53 du CNU-Santé

**Brigitte Courtois**

Directrice générale de la recherche et de l'innovation du CHU de Lille

**Anne Langellier**

Directrice générale adjointe du CHU Amiens-Picardie

**Carl Picard**

Data manager à la direction de la recherche Clinique, CHU Amiens-Picardie

La première table ronde est consacrée au point de vue des utilisateurs de SIGAPS. En introduction, **Michèle Cottier**, directrice du pôle santé du Hcéres rappelle qu'il existe aujourd'hui deux modes d'utilisation radicalement différents de cet outil : « le premier conditionne l'avenir d'un jeune qui se destine à des activités de recherche au sein de la sphère médicale ou la progression de la carrière d'une personne déjà engagée dans cette voie ; le deuxième sert à financer des établissements sans toucher directement les personnels. » Sont donc réunis **Astrid Vabret**, PU-PH en virologie au CHU de Caen et présidente de la section 45 du CNU-Santé ainsi que **Bertrand Godeau**, PU-PH en médecine interne au CHU Henri-Mondor de Créteil et président du CNU-Santé et de la section 53, pour témoigner des pratiques d'évaluation des individus. **Brigitte Courtois**, directrice générale de la recherche et de l'innovation au CHU de Lille et un binôme du CHU Amiens-Picardie, **Anne Langellier**, directrice générale adjointe et **Carl Picard**, data manager à la direction de la recherche clinique, interviennent tous trois pour partager des expériences de financement menées au sein de leur établissement.

~~~~

Présidente de la section 45 du CNU depuis 2016, **Astrid Vabret** explique le fonctionnement de cette section, dite « mixte » recouvrant recherche clinique et biologique, divisée en trois sous-sections : bactériologie, virologie et hygiène hospitalière (4501), parasitologie et mycologie (4502), maladies infectieuses, maladies tropicales (4503). « Une audition CNU consiste en général à examiner une candidature pour un poste ouvert par le ministère à la demande des doyens des universités. Il s'agit donc plutôt de la qualification de candidat. Et depuis quelques années, a été introduit un « pré CNU » pour donner un avis sur les candidats avant de demander l'ouverture du poste. »

## Un parcours du combattant

Elle attire l'attention sur le fait que ces parcours d'enseignants-chercheurs praticiens hospitaliers tiennent vraiment du parcours du combattant. « Pour être qualifié, la dimension enseignement et formation est extrêmement importante puisque la plupart des gens nommés seront RTS – responsables de terrain de stage – pour la formation pratique des internes. La présence d'universitaires dans les services, notamment dans les CHU est capitale pour faire vivre la discipline et former les plus jeunes. Il est aussi de la responsabilité du CNU de veiller à la faire vivre à l'échelle nationale. L'environnement hospitalier est à son tour examiné de près car faire de la recherche exige du temps et, selon la dotation des services, le nombre de praticiens hospitaliers etc., les situations ne sont pas toujours comparables. »



**Astrid Vabret, présidente de la section 45 du CNU-Santé**

Astrid Vabret raconte qu'elle a connu la mise en place des points SIGAPS, avec les seuils de 200 points pour les nominations de MCU-PH et de 400 points pour les PU-PH mais que ces scores sont en fait très peu utilisés dans leurs trois sous-sections. « Le score est plutôt vu comme un seuil à atteindre pour faire consensus, utilisé par certains doyens pour l'ouverture de poste. Il est aussi vu comme une stimulation à publier, au bon sens du terme. Mais ce n'est pas du tout un indicateur majeur pour nous. Pour la promotion des PU-PH et les avis pour l'attribution de primes, nous n'en tenons pas compte. »

## Une évaluation qualitative des candidats privilégiée dans les sections

En règle générale en section 45, l'évaluation qualitative est privilégiée : « nous lisons les travaux, regardons dans quelles revues ils sont publiés pour éviter le problème des revues complaisantes. Notre section a été très impactée par le Covid-19 : les facteurs d'impact se sont envolés pour certaines d'entre elles. Nous sommes très attentifs à l'originalité des thématiques, à l'environnement scientifique, à la cohérence des travaux, aux travaux collaboratifs et à l'encadrement. »

Au sujet des seuils, elle ajoute que pour les PU-PH, celui de 400 points n'a jamais été un problème car tous les candidats l'atteignent. En revanche, pour les MCU-PH qui sortent de 2 à 4 ans d'internat et de clinat, Astrid Vabret reconnaît que le score de 200 peut être difficile à atteindre. En particulier pour les chercheurs qui font beaucoup de sciences expérimentales. Ce seuil peut décourager les vocations. « Personnellement, je n'ai rien contre le score SIGAPS mais son utilisation parfois abusive peut être gênante, surtout pour les plus jeunes, à un moment où clairement les carrières hospitalo-universitaires ne font pas rêver beaucoup de monde. »

~~~~

Pour Bertrand Godeau, président du CNU-santé et de la section 53 de médecine interne, « tout n'est pas à jeter dans SIGAPS. Certes cet indicateur a été clairement dévoyé mais ce n'est qu'un indicateur parmi d'autres ». Il fait remarquer que SIGAPS a aussi été un formidable moteur pour inciter à publier, en particulier dans certaines disciplines comme la sienne où cela se faisait peu. Il rappelle la triple mission d'un hospitalo-universitaire, intégrant le soin, l'enseignement mais aussi la recherche ; « Notre rôle au CNU est donc de sélectionner, ou en tout cas de valider la qualité du candidat dans ces trois dimensions, en prenant en compte l'environnement dans lequel il évolue. Toutes les sous-sections s'accordent sur le fait que ces trois valences peuvent être d'un niveau variable mais qu'il ne peut y avoir de trou dans la raquette. Un hospitalo-universitaire (HU) doit faire de la recherche, être capable d'avoir une activité clinique dans sa discipline et de donner un cours. ». Dans cet objectif, la quasi-totalité des sous-sections exige comme prérequis scientifique un nombre de publications d'articles originaux signés en premier ou dernier auteur dans des revues internationales.



**Bertrand Godeau, président du CNU-Santé et de la section 53 présidente de la section 45 du CNU-Santé**

Ce type de prérequis existe d'ailleurs depuis longtemps : « Bien avant l'existence du score SIGAPS, le doyen de ma faculté au CHU de Créteil exigeait déjà il y a près de trente ans la publication de huit articles dans des revues internationales dont au moins quatre en premier ou dernier auteur et quatre en deuxième auteur pour devenir PU-PH. » Aujourd'hui, le nombre de publications exigé est très variable selon les disciplines. La sous-section d'anesthésie, réanimation et médecine péri-opératoire demande par exemple une dizaine d'articles originaux signés en premier ou dernier auteur. En médecine interne et gériatrie, notre prérequis est moins exigeant puisque nous attendons des candidats qu'ils aient publié au minimum cinq articles originaux en premier ou en dernier auteur dans des revues classées A, B, C SIGAPS dont au moins deux dans des revues A ou B. En orthopédie,

la démarche est un peu différente car les candidats disposent d'une liste de revues spécifiques à la discipline dans lesquelles ils doivent avoir publié. Bertrand Godeau trouve la démarche intéressante d'autant qu'elle permet de s'affranchir du problème croissant des revues prédatrices. Il ajoute que lors de l'examen d'un dossier, la fine connaissance des revues du champ disciplinaire permet aux sections CNU de détecter les dérives ou les anomalies et au-delà des facteurs d'impact et de la classification SIGAPS d'apprécier la qualité et la cohérence de la recherche d'un candidat.

Bertrand Godeau revient aussi sur la règle des seuils de 200 et 400 points SIGAPS pour accéder à un poste de MCU-PH ou de PU-PH : il regrette vivement que ces seuils proposés il y a une dizaine d'années par des conseillers ministériels, et alors qu'ils ne répondent à aucune mesure réglementaire, soient encore mis en avant par certains doyens et environ 1/3 des sections du CNU. De tels seuils peuvent avoir un effet démobilisant pour les candidats qui évoluent dans un environnement difficile et qui n'ont pas toujours la chance d'appartenir à de grosses équipes.

## Accompagner et tenir compte de la diversité de la recherche

L'important, martèle-t-il, n'est pas de se limiter à une comptabilité pointilleuse du score SIGAPS (et maintenant du score SIAPS pour l'enseignement !) mais de mieux accompagner les jeunes hospitalo-universitaires alors que la perte d'attractivité pour les carrières hospitalo-universitaires est très inquiétante : « C'est notre responsabilité collective de mentor, de doyen, de président de sections et de sous-section CNU, de chefs d'équipe, de directeurs d'hôpitaux. Nous avons aujourd'hui tous les outils pour promouvoir et accompagner nos candidats dans leur carrière hospitalo-universitaire. Mais nous ne les utilisons pas assez bien, nous fonctionnons trop en silo et la communication n'est pas suffisante entre les différents acteurs. Tout système peut être dévoyé, faisons en sorte que le nôtre ne le soit pas. »

Pour finir, Bertrand Godeau insiste sur le caractère hétérogène de la recherche. « Un travail de recherche peut nécessiter quatre années de travail dans un laboratoire sans donner de résultats très probants. La publication d'un essai prospectif randomisé impliquant 300 malades peut exiger huit ans de travail. À l'inverse, il est possible de publier beaucoup plus rapidement dans une grande revue internationale des travaux parfois rétrospectifs ou portant sur des thématiques s'apparentant à des niches parfois très éloignées des activités hospitalières du candidat. Comparer la qualité d'une activité de recherche peut être difficile et réducteur :

« Le temps pour mener à bien un projet de recherche et le publier n'est pas le même selon les objets, les thématiques de recherche, les spécialités et les contextes. Il faut en tenir compte. Il est clair que mettre en avant des notions de seuils quantitatifs pour sélectionner des candidats peut les conduire, eux et leurs équipes, à privilégier des thématiques de recherche susceptibles d'être « rentables » à court terme, au détriment de sujets scientifiquement plus pertinents. »

## Variété des profils

Il reprend l'exemple des nominations des PU-PH dans sa section de médecine interne du CNU pour illustrer son propos : le score SIGAPS médian des trente collègues nommés PU-PH en médecine interne au cours de ces huit dernières années est de 800 points, allant de moins de 400 jusqu'à 3600 points. « Nous avons nommé un candidat de 43 ans ayant moins de 400 points SIGAPS sans la moindre hésitation, parce qu'il travaille seul universitaire dans un CHU « isolé », y organise tout l'enseignement, y assure le rayonnement clinique de la discipline et donne envie aux jeunes étudiants en médecine de s'investir dans notre spécialité. Dans le même temps, nous avons nommé un candidat appartenant à une grosse équipe dont le score SIGAPS atteignait 3600 points et premier ou dernier auteur de 53 articles originaux dans des revues A et B ! On peut s'interroger sur la pertinence d'un tel niveau de publication mais il est clair qu'il s'agit d'un chercheur extrêmement brillant qui est une locomotive pour notre discipline et qui malgré cette « suractivité » scientifique garde un vrai investissement hospitalier. Ces deux profils fort différents sont une richesse pour notre spécialité et illustrent le fait que les objectifs d'un hospitalo-universitaire varient selon l'écosystème dans lequel il évolue. Nous devons donc nous garder de sélectionner des profils uniformes répondant à des stéréotypes réducteurs et répondant uniquement à un prérequis scientifique quantitatif. En nommant ces deux jeunes collègues en apparence très différents, nous avons considéré qu'ils apportent chacun à la collectivité, à la discipline et aux patients des choses différentes. Donc arrêtons ces seuils de 200 et 400 points SIGAPS, mettons à jour nos recommandations et accompagnons nos jeunes » conclut-il.

~~~~~

**Brigitte Courtois, directrice générale de la recherche et de l'innovation du CHU de Lille**, intervient, elle, sur le volet financement des activités de recherche. Elle présente une expérience en cours de politique « d'intéressement » fondée en partie sur l'indicateur SIGAPS. Pour elle, SIGAPS est aussi un outil de suivi

et de pilotage de la recherche car il donne une image d'une production scientifique, d'une entité, d'un collectif dont on peut suivre l'évolution. Il permet de partager cette image au sein du CHU, notamment lors de certaines instances, et à Lille c'est clairement un des piliers importants pour ouvrir les discussions.

## SIGAPS au service d'une politique d'intéressement

Elle détaille comment est utilisé l'indicateur pour composer cette image (nombre de publications, répartition des publications entre les différentes catégories de revues, selon le rang des auteurs, la coopération internationale, etc). D'autres indicateurs sont pris en compte comme le respect de la charte de signature élaborée avec l'université, les indicateurs d'excellence, Top 1 % et Top 10 %, les réseaux de collaborations. Toutes ces données servent une analyse partagée selon différentes dimensions. Qu'il s'agisse d'évaluer les réseaux de collaborations, ou de comparer le CHU de Lille aux autres établissements, par exemple. Dans ce dernier cas sont pris en compte également les indicateurs portant sur les essais cliniques (SIGREC).



**Brigitte Courtois, directrice générale de la recherche et de l'innovation du CHU de Lille**

En pratique, ces informations sont déclinées par pôle et par service. Cela se traduit par l'envoi d'un tableau de bord annuel qui réunit l'ensemble des indicateurs. « C'est sur ces indicateurs de production scientifique que se fonde notre politique d'intéressement : le bonus R. Tous les ans une enveloppe globale est allouée – de l'ordre d'un million d'euros en 2024 – et répartie en fonction de ces données. 90 % de ce bonus est calculé à partir des indicateurs SIGAPS et SIGREC. Ayant constaté des retards assez fréquents dans la mise en œuvre des projets académiques (PHRC notamment), nous avons également souhaité, pour 2024, valoriser la dynamique d'inclusions dans ces essais cliniques académiques. De même, il nous a paru important d'encourager la « position d'authorship » des équipes lilloises.

C'est donc sur ces deux critères plus spécifiques que nous avons alloué les 10 % restants. Peut-être que d'ici un ou deux ans, nous valoriserons aussi la coopération internationale. »

## Un bonus recherche annuel pour les pôles et les services

Les pôles perçoivent ainsi des enveloppes de l'ordre de 30 000 à 120 000 € tous les ans. Elles permettent de financer des publications – avec un appel à la vigilance sur les revues dites prédatrices et la diffusion de la liste des revues recommandées par la conférence des doyens –, la consolidation des équipes d'investigation, notamment des recrutements d'attachés de recherche clinique. D'autres actions de soutien et d'appui à la recherche assez diversifiées sont menées (fonds d'aide à l'émergence pour les jeunes chercheurs, aide pour des praticiens souhaitant dédier un temps pour des projets de recherche, innovations de rupture, soutien à des fédérations hospitalo-universitaires, etc).

Forte de cette expérience, Brigitte Courtois juge que « SIGAPS est un outil intéressant, utile, s'il est utilisé à sa juste mesure. Le fait qu'il soit déployé à large échelle dans l'ensemble des établissements de santé, permet d'apprécier des dynamiques de recherche globales ou de collectifs – pôles, services – au sein de ces établissements. »

Une deuxième expérience, menée actuellement au CHU Amiens-Picardie est ensuite partagée. Sa directrice générale adjointe, Anne Langellier, décrit le dispositif mis en place dans l'établissement pour reverser une partie de la dotation socle recherche des crédits MERRI directement aux services. Elle ne l'érige pas en modèle étant donné son caractère expérimental mais explique la démarche en cours, née de réflexions menées avec le VP recherche du directoire au sein du département de la recherche face au manque de lisibilité de ces financements et à la question récurrente des praticiens dans les services : « Où passe l'argent dédié à la recherche ? »

## Une part de la dotation MERRI reversée aux services

« Nous avons commencé par expliquer que la totalité des MERRI redescend, in fine, dans les services. Mais cela se fait de manière si décalée dans le temps et dans les analyses comptables qu'il nous fallait proposer autre chose : « un vrai levier de fidélisation de nos professionnels, d'attractivité pour ceux que nous souhaitons recruter et

également un levier de motivation et de cohésion des équipes. »

En parallèle, nous avons mené un travail de sensibilisation sur l'importance des validations manuelles des publications via SIGAPS. La validation manuelle consiste à faire vérifier ces publications par leurs auteurs. Nous sommes ainsi passés d'une validation manuelle assez moyenne de 65 à 75 % selon les différents services en 2022 à un taux global de 86 % en 2023, avec trois pôles à 98 %, renforçant d'autant la fiabilité des publications recensées.



**Anne Langellier, directrice générale adjointe au CHU Amiens-Picardie**

Quatre lignes directrices ont servi de fil rouge au dispositif : opérer à l'échelle des services et non pas des pôles, en phase avec la mesure 18 du Ségur de la santé qui vise à réhabiliter la place du service au sein de l'hôpital ; ne pas mettre en jeu l'équilibre financier de l'établissement puisque ces crédits, initialement, ne sont pas des « bons à dépenser » mais des « bons à rembourser » ; que le dispositif soit incitatif avec un effet rapide sur les indicateurs; enfin qu'il garantisse un retour rapide et efficace vers la recherche.

Le principe mis en place est le suivant : prélever 10 % de l'enveloppe socle recherche MERRI pour des actions fléchées recherche, à la main des services. « L'enveloppe étant aujourd'hui autour de 16 millions, nous avons décidé de démarrer avec 1 million d'euros pour l'exercice 2024. Sur ce million, 250 000 euros sont consacrés à notre appel d'offres local et les 750 000 restants sont redistribués aux services : une part en dotation fixe, à hauteur de 10 % (soit 75000 euros) sans condition d'atteinte d'objectif, pour essayer dans chaque service et une part variable d'un montant global de 675 000 euros. C'est cette dotation variable qui est répartie sur l'ensemble des services au prorata d'indicateurs en partie basés sur SIGAPS. »

Carl Picard, responsable du groupe de travail ayant mené le projet, précise alors la méthodologie qui guide cette répartition. Pour être éligible à cette dotation variable, il faut d'abord atteindre un taux minimum de 90 % de validation manuelle dans SIGAPS au moment de l'export des données de

l'année en cours à la DGOS. Est ensuite calculé un montant maximum pour chaque service, qui reflète sa part dans l'activité SIGAPS globale de l'établissement (score fractionnaire SIGAPS du service divisé par celui de l'établissement). Le service perçoit alors 50 % de ce montant. Pour bénéficier des 50 % restants, d'autres indicateurs interviennent : SIGREC, signatures de convention uniques, publications A+, A, B, lettres d'intention – pour inciter les praticiens à déposer des projets –, projets promus et financés, chacun à hauteur de 10% maximum. Les calculs prennent aussi en compte les effectifs dans les services pour ne pas défavoriser les plus petits services.

## Des allocations à utiliser sous trois ans

Le reversement 2024, poursuit Anne Langellier, conduit ainsi à des allocations allant de 937,50 euros pour le montant le plus bas jusqu'à plus de 50 000 euros pour le plus haut. Elle précise que ces crédits doivent servir uniquement à financer des



**Carl Picard, data manager direction de la recherche clinique du CHU Amiens-Picardie**

frais liés à la recherche, précisés dans une charte d'utilisation (publications, traductions, surcoûts des projets, équipements, recours à un cabinet conseil, mission ou encore recrutement de personnel, etc.). De plus, pour éviter l'effet « épargne », et garantir l'efficacité du dispositif, ces crédits sont périssables sous trois ans. « Fin 2026, les crédits 2024 qui n'auront pas été consommés seront repris pour être mieux redistribués », prévient la DGA.



# Évolutions possibles

## Table ronde #2

---

Les participante et participants

**Stéphane Le Boulter**

Modérateur

Président par intérim du Hcéres

**Michèle Cottier**

Directrice du pôle santé du Hcéres

**Arnold Migus**

Académie nationale de médecine

**Pierre Corvol**

Professeur émérite au Collège de France, Académie des sciences

**Bruno Riou**

Doyen de la Faculté de santé, Sorbonne Université

Quelles sont les évolutions possibles du dispositif SIGAPS ou plus largement du financement de la recherche biomédicale que le dispositif SIGAPS encadre aujourd'hui ? Stéphane Le Boulter introduit le débat en précisant que ce colloque fait écho à de récentes prises de positions ou propositions, notamment par le Hcéres et les Académies des sciences et de médecine, que cette deuxième table ronde permet de partager. Pour ce faire, participent aux échanges : **Michèle Cottier**, directrice du pôle santé du Hcéres, **Arnold Migus** pour l'Académie nationale de médecine, **Pierre Corvol**, professeur émérite au Collège de France, pour l'Académie des sciences et **Bruno Riou**, doyen de la Faculté de santé de Sorbonne Université et président de la section CNU-santé de médecine d'urgence.

~~~~



**Michèle Cottier, directrice du pôle santé du Hcéres**

Michèle Cottier commence par un pas de côté en élargissant la focale à l'ensemble de l'évaluation de la recherche biomédicale. « SIGAPS est un peu l'arbre qui cache la forêt. Se focaliser sur ce seul outil, centré sur un sujet précis qui méconnaît totalement le cadre dans lequel cette évaluation devrait se poser, serait rater l'enjeu. En la matière, l'évaluation de la recherche biomédicale n'est pas exactement là où elle devrait être, aujourd'hui. »

## Nouveau cadre d'évaluation pour la recherche en santé

Le Hcéres mène donc une réflexion depuis plus d'un an sur la manière d'améliorer les évaluations qui touchent le domaine de la santé. L'examen des référentiels d'évaluation actuels a montré qu'ils étaient très pauvres sur le sujet, quasi inexistant pour les universités, existants pour les UMR et les centres d'investigation cliniques, mais insuffisants pour produire des synthèses à même de qualifier l'état et la qualité de la recherche à l'échelle d'un site. Quant à l'évaluation des CHU, elle était très centrée sur les axes de recherche et tout un pan de la gestion et de l'environnement de la recherche lui échappait.

La première action a donc été de remettre la santé à son juste niveau d'intérêt en faisant évoluer les référentiels existants et en créant un nouveau référentiel pour les CHU. Ce nouveau référentiel considère le CHU comme l'alter ego de l'université et a été conçu avec le concours de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), premier CHU concerné par cette évolution. Ce dialogue, en amont de la validation du référentiel, a permis de poser les bonnes questions, de caractériser des points clés à introduire, de moduler ou de reformuler certains points pour s'assurer de leur bonne compréhension par les acteurs.

## Mieux apprécier les stratégies des sites hospitaliers

Cela ne suffit pas néanmoins à régler le problème de la multiplicité des évaluations et la difficulté à produire des synthèses aptes à bien caractériser les forces déployées, les domaines médico-scientifiques bien positionnés du site, etc. Évaluer les CHU est un bon moyen pour mieux apprécier la manière dont l'établissement structure ces services de soutien à la recherche. Mais il reste un angle mort quand on sépare ainsi l'évaluation de l'université de celle du CHU. C'est la question de la stratégie partagée, ou conjointe, que ces deux établissements sont supposés élaborer de manière concertée et sur laquelle insistent les textes réglementaires mais dont la mise en œuvre apparaît souvent très limitée.

« L'étape suivante, que nous allons expérimenter à Lille, est donc l'évaluation de ce partenariat très particulier qui lie une université à un CHU, explique alors Michèle Cottier : nous demandons dans ce cadre aux deux établissements de se prêter à l'exercice d'une auto-évaluation unique et concertée sur la stratégie partagée à l'échelle d'un site : quels sont les moyens déployés pour la mettre en œuvre ? Quels sont les résultats au regard de ces moyens ? etc. »

Cet exercice concerté répond aussi au besoin de simplification et aux critiques des acteurs du système de santé, chercheurs, soignants, enseignants qui se plaignent de devoir répondre à de multiples sollicitations évaluatives. De fait, ce corps unique d'enseignants chercheurs hospitalo-universitaires (MCU-PH, PU-PH, HU) rémunérés pour leurs activités en formation, en recherche et en soin et qui fait vivre l'association d'un CHU et d'une université, doit pouvoir se prêter à une évaluation beaucoup mieux articulée entre la partie hospitalière et la partie universitaire.

La démarche sera d'abord testée sur un seul établissement pour évaluer ce continuum « stratégie, moyens, résultats » avec la nécessité de mettre au

point des indicateurs robustes permettant une analyse fine. « Dans ce contexte, SIGAPS – s’il est maintenu ou modifié – pourra être utilisé comme indicateur mais il ne sera en aucun cas le seul », affirme Michèle Cottier qui achève son propos par l’annonce de la prochaine étape : « À l’issue de cette expérimentation lilloise, nous verrons de quelle manière il faut adapter l’exercice en espérant pouvoir le généraliser ensuite à l’ensemble des sites hospitalo-universitaires. »

## Nécessité d’une vision d’ensemble

Stéphane Le Bouler, président par Intérim du Hcéres, complète le tableau ayant conduit à ces nécessaires évolutions pour évaluer la recherche clinique : « Nous passons quatre fois sur les mêmes objets, au titre de l’évaluation des unités de recherche, au titre de l’évaluation des axes de recherche des CHU, au titre de l’évaluation de l’université et, cerise sur le gâteau, au titre de l’évaluation des centres d’investigation clinique (CIC), au risque d’un sentiment compréhensible de redondance sur les sites concernés et au risque que ce travail morcelé ne permette pas de voir grand-chose. Autre problème : les référentiels d’évaluation en matière de formation ne sont guère adaptés aux formations médicales et pharmaceutiques et nous n’évaluons pas, jusqu’à présent, les formations paramédicales. Cela faisait beaucoup de défauts ou de lacunes à corriger ! Il s’agit donc de faire de l’évaluation intégrée sur le volet recherche et d’ajouter la dimension évaluation des formations pour avoir une vision d’ensemble des sites hospitalo-universitaires » commente-t-il.

~~~~



Arnold Migus, Académie nationale de médecine

Arnold Migus, de l’Académie nationale de médecine, propose, lui, une réforme du financement de la recherche hospitalière. Il intervient en porte-parole du groupe qui porte ce projet et dont le travail collectif sur le financement global de la recherche en biologie-santé en France a été publié en 2021. Ce travail avait abouti à la nécessité de revoir le mode d’allocation des crédits dédiés à la recherche clinique financés par l’assurance maladie. Les initiatives de

quelques CHU, comme celles de Lille ou d’Amiens pour reverser une partie de la dotation socle des MERRI directement aux équipes de recherche, aussi vertueuses soient-elles, restent selon lui marginales et ne suffisent pas à faire l’impasse sur une réforme globale, fondée sur des critères objectifs de qualité scientifique et de besoin médical.

## Revoir le mode d’allocation des crédits de recherche

En préambule, il rappelle que préexistait au système SIGAPS une dotation dite « recherche » – sous la forme d’un forfait de 13 % – assez critiquée en son temps. « Le rapport Lalande et Debeauvais » publié en 2004, qui portait déjà sur les moyens de rendre plus dynamique le lien entre le CHU et l’université, montrait notamment que ce système n’était pas très incitatif puisque l’effort déployé ne produisait pas d’effet visible et que certains établissements de santé bénéficiaient de la dotation sans faire de recherche. D’où l’idée de faire mieux pour promouvoir et financer la recherche dans les CHU. Le score SIGAPS est-il plus incitatif ? s’interroge Arnold Migus. Pour lui, la réponse est clairement non car « le seul caractère incitatif de cet outil tient à son utilisation à des fins d’évaluations individuelles. » Or le groupe d’académiciens qu’il représente considère qu’il s’agit d’une dérive à proscrire et prône, comme d’autres acteurs, le retour à une évaluation principalement qualitative, sans exclure complètement le recours à des indicateurs quantitatifs comme SIGAPS, utiles pour financer des collectifs. « Quand on évalue des unités, même si on regarde les publications, on regarde d’abord le travail. »

Reprenant le schéma actuel de financement du ministère de la Santé présenté plus tôt par Lionel Da Cruz, Arnold Migus montre qu’en 2023 les crédits MERRI étaient de l’ordre de 1,65 milliard d’euros (socle et part variable), dont 1,17 milliard lié au score SIGAPS et 191 millions pour le PHRC. Il signale aussi que ces crédits ne vont pas en totalité à la recherche.

Que recommande alors l’Académie nationale de médecine ? À l’instar du modèle britannique, elle propose de distribuer cette enveloppe selon deux modes : l’un compétitif (1/4 de l’enveloppe), l’autre contractuel pluriannuel à l’image des contrats quinquennaux des universités (3/4 de l’enveloppe).

Un quart de ces crédits, soit environ 410 millions d’euros, pourrait ainsi être attribué en mode compétitif via des appels à projets, selon des critères de qualité scientifique et médicale, s’alignant sur les pratiques internationales. Ces appels à projets seraient confiés à un « conseil d’orientation de la recherche hospitalière » et la gestion des projets comme leur suivi seraient assurés par l’ANR. Dans

ce cadre l'analyse bibliométrique par les SIGAPS serait l'un des éléments d'évaluation des projets par les pairs. Pour que le système soit vraiment incitatif, un préciput de 40 % de ce montant, soit 165 millions d'euros, reviendrait aux établissements hospitaliers qui hébergent les équipes de recherche sélectionnées, ces équipes recevant 225 millions d'euros de crédits fléchés pour leurs recherches.

Un montant de l'ordre de 20 millions d'euros serait à prévoir pour la gestion par l'ANR, la sélection et le suivi des études cliniques étant des procédures longues et exigeantes. Les 75 % restants de crédits MERRI, c'est-à-dire 1,24 milliard d'euros, seraient attribués, après évaluation, sous un mode contractuel pluriannuel (3 à 5 ans) à hauteur de 60 % (soit 745 millions d'euros) via une enveloppe fléchée « recherche » pour financer les équipes, les infrastructures, les centres de ressources biologiques, les cohortes et les plateformes ; qui varient peu d'une année sur l'autre. Là encore, un préciput de 40 %, soit 495 millions d'euros reviendrait aux structures hospitalières sélectionnées.

L'académicien insiste sur le fait que le ministère de la Santé doit garder la main sur ces crédits afin de sécuriser les canaux finançant directement la recherche. Il met aussi l'accent sur la nécessité d'un suivi sérieux de l'effort déployé, se référant au bilan récent du PHRC assez problématique : « sur 763 projets retenus entre 2012 et 2019, un quart seulement (193 précisément) ont été achevés, une cinquantaine ont été abandonnés, une quarantaine interrompus faute d'inclusion de patients, cinquante n'ont pas encore démarré et plus de 400 étaient encore en cours au bout de dix ans. Si on donne plus de moyens, il faudra mieux suivre leur utilisation ! », ajoute-t-il.

~~~~

« Parler ensemble d'évaluation dans un domaine aussi complexe que la recherche biomédicale, est absolument essentiel. Au vu des dérives connues de l'utilisation des points SIGAPS, le faire à l'Ofis, qui cherche à partager une culture d'intégrité scientifique avec tous les acteurs et actrices de la recherche, l'est encore plus » déclare d'entrée l'académicien des sciences et professeur émérite au Collège de France Pierre Corvol. « Imaginez, poursuit-il, la conversation entre un jeune médecin se destinant à une carrière hospitalo-universitaire qui apprend qu'il ne peut pas être nommé PU-PH, et son doyen ou son président de section CNU : ton score SIGAPS n'était que de 399 points ! » Pierre Corvol manie délibérément la caricature pour mieux enfoncer le clou sur la nécessité d'une évaluation qualitative des individus, quelque peu rassuré néanmoins par le témoignage de Bertrand Godeau « sur la capacité des sections CNU à s'affranchir d'une vision comptable. »



**Pierre Corvol, professeur émérite au Collège de France, Académie des sciences**

Il aborde ensuite les questions de méthodes d'évaluation individuelle avec prudence : « Plus on avance dans la carrière, plus on évalue. Plus on évalue, plus on devient sceptique sur les méthodes d'évaluation. Pourquoi ? Parce qu'on réalise la dimension cumulative de la production d'un chercheur : la performance, c'est quelque chose qui se mesure à l'aune du temps. »

## Bannir une vision comptable de la recherche

L'Académie des sciences s'est saisie de ces questions plus globalement au travers d'un groupe de travail, le CoESO, qui traite à la fois d'évaluation et de science ouverte, en lien avec l'intégrité scientifique. Elle s'est aussi imposé de nouvelles règles pour son propre fonctionnement en faveur d'une approche qualitative : que ce soit pour l'évaluation de travaux candidats à des prix de l'Académie des sciences, pour élire un nouveau membre ou pour juger de la pertinence d'un rapport, tout recours au H-index ou au facteur d'impact « n'ayant rien à voir avec la qualité du chercheur, mais avec la notoriété et la diffusion de la revue » est banni.

Cela dit, complète Pierre Corvol, « il faut être réaliste, il est très difficile de s'en défaire : tout le jury est d'accord au départ, mais quelqu'un finit toujours par y revenir : quand même, il a publié dans une revue A+ ! ». Pour cette raison, il est vraiment très important que l'Académie des sciences, comme l'Académie de médecine, l'ANR et toutes les instances ayant un mot à dire, soient impliquées dans CoARA, la coalition européenne pour faire évoluer l'évaluation de la recherche, expérimenter et partager les bonnes pratiques. »

## Posture franco-française et médico-médicale

L'académicien fait bien la distinction entre

évaluation individuelle et évaluation d'un groupe ou d'une thématique. Pour lui, l'approche SIGAPS qui permet de réaliser une cartographie précise, détaillée, intelligente des forces et des faiblesses du pays en matière de recherche biomédicale est extrêmement utile. Il est hors de question d'arrêter de s'en servir. Le travail de Patrick Devos et Joël Ménard sur l'hypertension artérielle et sur l'Alzheimer, par exemple, est unique. Il fournit une cartographie très précieuse fondée sur des outils modernes, compréhensibles que l'on peut aisément s'approprier et cohérentes avec l'objectif premier. « C'était d'ailleurs là, la force initiale de SIGAPS. »

Sur l'évaluation des individus par SIGAPS, qui lui semble « parfois une manière un peu facile de se dédouaner face à un candidat malheureux », il partage l'ensemble des réserves déjà émises, en particulier l'absence de comparaison internationale : « Nous sommes vraiment franco-français et plus encore, médico-médicaux ! » Il appelle également à la vigilance sur plusieurs autres points : les difficultés pour les spécialités rares de trouver leur place dans ce système, le prix des publications pour les disciplines ayant peu de moyens et pour qui « dépenser 4000 à 6000 euros en article *processing charges* n'est pas rien », et le terrain cédé, bon an mal an, à l'anglophonie aux dépens de la francophonie.

Pierre Corvol confie pour conclure qu'il serait très heureux que le colloque conduise, dès la fin de l'après-midi, à une position extrêmement claire sur l'utilisation de SIGAPS pour les promotions de carrières de chercheurs hospitalo-universitaires. Mais une position plus réaliste, « le score existe, on ne va pas l'effacer d'un jour à l'autre », le pousse plutôt à insister sur la nécessité de définir les contours et les limites à accorder à ce score. En effet, si les présidents de sections CNU l'ont rassuré en témoignant d'une utilisation intelligente de l'outil, il émet un doute sur le fait que ce soit aussi clair pour toutes et tous. En particulier, « pour les jeunes hospitalo-universitaires dont l'objectif premier ne devrait pas être de faire grimper leur score SIGAPS année par année. La recherche est quelque chose de plus compliqué, difficile à quantifier et la qualité d'un chercheur demande du temps pour être appréciée ».

~~~~~

Avant d'évoquer les évolutions à envisager, et malgré toutes les critiques faites à SIGAPS, Bruno Riou, doyen de la faculté de santé de Sorbonne Université, tient d'abord à dire son admiration pour ses concepteurs. « Ils ont créé, il y a plus de 20 ans, un indicateur relativement simple, qui permettait d'extraire assez facilement des données de la base *Medline*. Il était surtout bien meilleur que le facteur d'impact, utilisé à l'époque et qui n'a, redisons-le, jamais mesuré l'intérêt scientifique mais juste la

notoriété d'une revue. SIGAPS était un progrès avec notamment une péréquation entre les disciplines. »

## Écarter tout indicateur bibliométrique de l'évaluation individuelle

Que proposer pour l'avenir ? Concernant l'évaluation individuelle, Bruno Riou n'a aucun doute : « il faut écarter SIGAPS et avec lui tous les indicateurs bibliométriques de ce type. Il ne faut surtout pas chercher à le remplacer. Les recommandations internationales sont suffisamment nombreuses aujourd'hui en faveur d'une évaluation qualitative. Nous l'avons tous répété cet après-midi. » D'ailleurs, en tant que doyen de la faculté de santé de Sorbonne Université, il a déjà fait évoluer le mode de fonctionnement de la commission hospitalo-universitaire chargée de l'examen des candidatures vers une évaluation qualitative prédominante, ce qui n'empêche pas l'existence de prérequis. En tant que président du CNU de médecine d'urgence, il a fait de même et travaille à le faire aussi pour la commission HDR Santé de Sorbonne Université.



**Bruno Riou, doyen de la faculté de santé de Sorbonne Université**

En revanche, dès qu'il s'agit d'allocations de moyens, le recours à des indicateurs pour évaluer des équipes, des établissements est nécessaire à un moment ou à un autre. Comment alors espérer améliorer les choses ? Avant tout, « si SIGAPS est tellement critiqué, y compris par moi aujourd'hui, ce n'est pas tant du fait de sa nature, mais parce que l'environnement de recherche a changé. En 20 ans, le monde de la publication scientifique est passé du monde des bisounours à une piscine pleine de requins. La situation actuelle est dramatique. »

Si l'on continue d'utiliser SIGAPS dans ce contexte, plusieurs choses doivent évoluer. Sa première proposition est de limiter la liste de revues qui servent à compter les points SIGAPS. Il recommande à cet effet la liste de la conférence des doyens de médecine et du CNU santé (anciennement liste Sorbonne Université) qui est une liste de revues

estimées recommandables. « Elle n'est ni parfaite ni exhaustive mais a le mérite d'exister. Ce serait une piste pour faire obstacle à tous ces éditeurs de revues qui cherchent uniquement le rendement financier et dévoient totalement le processus de revue par les pairs, sans parler des mauvais usages des citations qui augmentent artificiellement les facteurs d'impact. »

Deuxième préconisation pour améliorer le système : « Ne devraient compter que les articles vraiment de recherche ! Il n'est certes pas toujours facile de discerner les contributions originales parmi les revues systématiques, les méta-analyses qui représentent aussi un travail de recherche considérable, mais commençons au moins par arrêter de compter les éditoriaux, les cas cliniques, les lettres à l'éditeur, et les commentaires comme des articles originaux. »

Son troisième point porte sur le problème que pose la classification SIGAPS des revues pour des spécialités de niche. La chirurgie maxillo-faciale ou l'orthopédie infantile, par exemple, n'ont pas de revue A ou B. Pour inciter une équipe à publier et à faire de la recherche, ce n'est pas très efficace.

## Distinguer compensation et dotation

Bruno Riou revient ensuite sur ce qu'il appelle « le péché originel des MERRI » qui sont conçues comme des compensations, ce qui explique pourquoi les chercheurs ne les voient pas arriver dans les labos. Pour lui, il faudrait distinguer ce qui est une compensation, qui n'a pas à être justifiée, de ce qui est une dotation, notamment sur les investissements et la recherche, qui exige elle de vérifier que les dépenses ont bien été affectées à la mission définie. Une telle dotation pourrait être contractualisée et pluriannuelle, comme dans le modèle proposé par Arnold Migus.

Enfin, dernier point, « je suis terrifié par l'idée que l'on puisse introduire un financement à l'aune de la qualité des soins. D'abord, parce les expériences à l'étranger montrent que cela ne marche pas. Et surtout, parce qu'un soin d'extrême qualité peut être totalement non pertinent : on peut me poser une prothèse de la hanche avec des soins de grande qualité, si je n'en ai pas besoin et qu'elle provoque une infection plus tard, ce sera une catastrophe. Donc attention, prévient-il : pour les soins, qualité doit rimer avec pertinence sinon c'est la porte ouverte à de nouveaux types de mauvais usages de l'argent public. »

# Discours de clôture

---

Les participantes et participants

**Manuel Tunon de Lara**

PU-PH, Université de Bordeaux, chargé de mission rénovation de la recherche biomédicale

**Didier Samuel**

PDG de l'Inserm

**Thierry Damerval**

PDG de l'ANR

**Marie Daudé**

Directrice générale de l'offre de soins, ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités

**Claire Giry**

Directrice générale de la recherche et de l'innovation, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

**Stéphane Le Boulter**

Président par intérim du Hcéres

**M**anuel Tunon de Lara, chargé de la mission rénovation de la recherche biomédicale avec Anne-Marie Armanteras et dont le rapport est attendu dans les semaines à suivre, ouvre la session de clôture. « Les questions d'évaluation, de financement des dispositifs de recherche et de régulation sont évidemment au cœur de nos réflexions et les débats de ce jour nous sont très utiles ». Pour autant, l'heure n'est pas encore aux recommandations puisqu'il en réserve la primeur aux trois ministres qui les ont missionnés. Néanmoins, il choisit de souligner plusieurs principes qui se dégagent clairement de ces débats.



**Manuel Tunon de Lara, PU-PH, Université de Bordeaux, chargé de mission rénovation de la recherche biomédicale**

« Premièrement, tout le monde s'accorde sur le fait que le score SIGAPS avec tous ses mérites, n'a pas été conçu pour évaluer le fruit de la recherche ni en mesurer la qualité ou son impact, mais pour distribuer une enveloppe financière en cherchant à prendre en compte la production scientifique des médecins dans un établissement. Et tout le monde en convient également, son utilisation en a été dévoyée. » Comme Pierre Corvol, les témoignages des présidents de CNU l'ont un peu rassuré, mais au vu de l'utilisation parfois caricaturale qui en a été faite pour évaluer les carrières, il affirme lui aussi « qu'il faut vraiment basculer sur un autre type d'évaluation que les CNU sauront d'ailleurs très bien conduire. »

Il met, ensuite en avant la dimension internationale de la science, vitale et incontournable aujourd'hui. « Le mésusage des SIGAPS reste une originalité française et il faut prendre garde à l'image que notre système national renvoie à l'étranger. » Il cite, comme Guillaume Gellé, les travaux des chercheurs canadiens Yves Gingras et Mahdi Khelifaoui, qui ont déjà dénoncé un système français sous emprise comptable avec tous les problèmes d'intégrité scientifique que cela peut poser.

Et troisièmement, il soulève un « effet collatéral d'importance, à ne surtout pas ignorer : nous avons pris le risque d'instiller une forme de confusion dans l'esprit des plus jeunes entre l'objectif de la recherche

et un instrument de mesure. Or ce qui compte n'est bien évidemment pas le score SIGAPS mais la recherche elle-même. » Ceci renvoie à la mesure de la qualité de la recherche et à la dynamique actuelle en faveur d'une évaluation qualitative, qui est essentielle. Il mentionne aussi CoARA, et précise qu'à cet égard la France est plutôt exemplaire – puisque toutes les universités ont signé – et qu'elle compte bien plus de signataires que les autres pays. Manuel Tunon de Lara change ensuite de casquette pour reprendre celle de directeur de CHU, face à la question de la distribution de l'enveloppe financière, pour laquelle des indicateurs sont nécessaires. Trois points essentiels sont à souligner selon lui.

## Ne plus penser la recherche en termes de compensation

Le premier concerne le problème de la compensation : « Le fait même d'ériger ce principe de dédommagement des activités de recherche va à l'encontre des revendications des directeurs d'hôpitaux qui demandent eux-mêmes que la formation et la recherche soient reconnues comme des activités des CHU. » De plus, cette compensation ne semble pas atteindre son but puisque remarque-t-il « les hôpitaux les plus performants en recherche ont le plus souvent un budget déficitaire ». Selon lui, veiller au modèle économique est bien entendu nécessaire mais il ne faut pas raisonner en termes de compensation mais en termes de financement de la recherche. Ce qui le conduit à une question centrale qui sera posée au ministre de la Santé : « le financement de la Sécurité sociale doit-il contribuer à la recherche et à quel niveau ? »

Son deuxième point porte sur la nécessaire séparation du budget de la recherche de celui de l'utilisation de la plateforme de recherche clinique qu'héberge un CHU. Pour Manuel Tunon de Lara, le budget alloué à cette utilisation doit être sécurisé et ne doit pas être uniquement tributaire de l'activité de recherche. « La plateforme, c'est la plateforme et comme toutes les infrastructures de recherche, elle doit être différenciée des projets de recherche. »

Enfin, le principe d'une politique d'intéressement pour les équipes de recherche est une piste à creuser, à ses yeux. Il salue la pertinence et l'intérêt des interventions sur les expériences menées aux CHU de Lille et d'Amiens mais les voit plutôt comme « des starters, de nouvelles façons d'obtenir d'autres financements ».

Il promet en tout cas de poursuivre cette réflexion collective à travers les conclusions du rapport à venir.

~~~~~



Pour **Didier Samuel**, PDG de l'Inserm, l'avenir du score SIGAPS est un enjeu crucial pour la recherche biomédicale et pour l'Inserm et c'est aussi un enjeu qui lui tient personnellement à cœur. Il se souvient de l'avant SIGAPS, des évaluations « au doigt mouillé » et de précédents systèmes à points pour rappeler le besoin initial « d'un *scoring*, d'une évaluation objective » .

Avant de revenir sur l'indicateur, il tient à réaffirmer le caractère « absolument essentiel » à ses yeux d'une recherche conduite par des médecins au sein des hôpitaux. « Une recherche clinique de qualité, via différents systèmes, à laquelle l'Inserm souhaite être associée. Cette activité de recherche doit bien sûr être évaluée et valorisée pour les individus dans leur carrière. Mais il ne faut pas confondre l'évaluation des carrières individuelles avec celle des établissements. »



**Didier Samuel, PDG de l'Inserm**

Quant aux outils utilisés, la science évoluant en permanence, il lui paraît incontournable de devoir les adapter sans cesse. « Quand j'ai commencé, il y avait deux grandes revues dans ma spécialité, il y en a plus de 50 aujourd'hui. SIGAPS a eu de nombreux avantages – objectif, simple – mais il a aussi des limites et doit aujourd'hui évoluer. Comme d'autres intervenants avant lui, Didier Samuel déplore certaines dérives : « la multiplication de petites études au détriment de collaborations multicentriques ou internationales souvent plus longues, à des fins carriéristes ou économiques. Publier dix papiers dans une petite revue est beaucoup plus rentable. Ces scores ont pris trop de poids dans les carrières et ont été dévoyés. De plus, rappelle-t-il, un hospitalo-universitaire doit être évalué sur d'autres critères : quand vous nommez un chirurgien, vous regardez comment il opère ! En fait, il faut s'attendre à ce que chaque score mis en place soit à un moment détourné et réagir en permanence en réadaptant nos modèles. »

Il ajoute d'ailleurs que l'évaluation individuelle n'est pas la seule biaisée par « la transformation du point SIGAPS en euros sonnants et trébuchants » et témoigne avoir vu « des regroupements stratégiques d'établissements visant uniquement à augmenter

leur score pour obtenir des crédits MERRI, bien loin de l'idée de la recherche. »

## Proscrire l'usage du facteur d'impact des journaux

De manière générale, l'évaluation ne peut se réduire aux critères portant sur les publications, encore moins à un critère à l'échelle de la revue et à la position de l'auteur. « L'Inserm s'est engagé dans DORA et CoARA pour une évaluation plus qualitative qui proscrie le recours au facteur d'impact et appelle à une utilisation responsable des indicateurs quantitatifs. ». D'autant, reprend-il également que le facteur d'impact est très dépendant de la spécialité : « en cancérologie, une revue avec un facteur d'impact de 7 est en bas de la liste, alors que dans une discipline plus confidentielle, avec un facteur d'impact de 3, une revue peut être en haut de la liste. » Comme l'a fait plus tôt Alain Fisher, il s'interroge sur la valeur attribuée mécaniquement à un article : un article publié dans le *New England Journal* par un *medical writer* de l'industrie pharmaceutique équivaut-il à un article dans le même journal publié par un chercheur académique, *PI* d'une étude multicentrique ? Pour Didier Samuel, ce n'est pas du tout la même chose et un bon système d'évaluation doit pouvoir le détecter. D'autres indicateurs et d'autres façons d'évaluer les chercheurs existent. Un bon système doit aussi permettre de se comparer au niveau scientifique international.

Selon le PDG de l'Inserm, « il est donc indispensable de repenser SIGAPS pour limiter les effets pervers de la course à la publication et au financement et pour promouvoir une évaluation plus juste, plus adaptée ; une évaluation par les pairs pour mieux approcher la qualité des travaux, prendre en compte la diversité des activités et des parcours ; une évaluation qui valorise la qualité plutôt que la quantité. L'enjeu de simplification doit faire partie de l'équation mentionne-t-il également. Didier Samuel insiste, encore une fois, sur la distinction nécessaire entre évaluation de l'individu et évaluation de l'établissement, qui ont des objectifs différents. « L'ensemble doit être pensé dans un contexte de politique nationale en matière de science ouverte, de science éthique et responsable, et de soutien à une recherche de santé de qualité dans nos hôpitaux. »

~~~~~

« Le score SIGAPS est une exception française et nous sommes restés très français au cours des discussions cet après-midi. Or bien des éléments évoqués font aussi l'objet de très nombreux débats au niveau international, commence par remarquer **Thierry Damerval**, PDG de l'ANR. Il lui semble

donc important de revenir sur l'évolution de ces débats au sein des agences de financement de la recherche : « DORA, la déclaration de San Francisco sur l'évaluation de la recherche a été publiée en 2013. À l'époque très peu d'agences l'ont signée. La prise de conscience institutionnelle s'est faite à partir de 2018, l'ANR et bien d'autres ont alors signé DORA. » Pourquoi à ce moment-là ? Thierry Damerval l'explique par la montée en puissance de trois éléments : les questions d'intégrité scientifique, les coûts de l'accès aux publications et la science ouverte et enfin l'évolution de l'évaluation. Ce tournant va de pair avec une nouvelle perception du rôle des agences de financement : « nous avons réalisé collectivement que notre responsabilité n'était pas uniquement de soutenir la recherche et d'évaluer des projets, mais que nous avons aussi une responsabilité dans la façon dont les recherches sont réalisées et dans la façon dont les résultats sont diffusés. »



Thierry Damerval, PDG de l'ANR

Thierry Damerval revient sur l'ampleur de l'évolution de la publication scientifique, chiffres à l'appui : « on est passé de 1 901 000 publications recensées en 2016 dans Scopus et Web of Science à 2 820 000 en 2022, avec 70 % de la croissance concentrée chez cinq éditeurs. MDPI représentant à lui seul 27 % ». Il pointe l'explosion des numéros spéciaux : 187 200 articles pour MDPI et 61 600 pour Frontiers en 2022. « Cette évolution nous a conduits à nous interroger en tant qu'agence de financement : est-ce que l'on accepte ce type de publications ? Doit-on les financer ? Est-ce que l'on rend éligibles les APC ? Pour faire face aux dérives, l'ANR utilise et recommande désormais un outil – au développement duquel elle a participé : le « *journal checker tool* », aujourd'hui adopté par une bonne cinquantaine d'agences de financement dans le monde ».

Une deuxième évolution marquante est l'alignement des différentes agences en termes d'évaluation qualitative. Cet alignement s'est traduit très concrètement depuis 2020-2021 pour l'évaluation des projets de collaborations internationales : l'utilisation du facteur d'impact comme du H-index

y est totalement proscrite. Thierry Damerval invite à bien prendre conscience que cette évolution bénéfique vers une évaluation plus qualitative des projets de recherche exige des changements et beaucoup plus de temps pour les évaluateurs. « Les changements sont en cours : la règle des cinq publications majeures en lien avec le projet est maintenant généralisée. D'autres productions peuvent être prises en compte (valorisations, transfert des technologies, logiciels, ou encore des actions de diffusion de la culture scientifique). L'instauration du CV narratif avec notamment la possibilité d'indiquer clairement sans que cela nuise, des interruptions de carrière, se généralise aussi. Tous ces nouveaux fonctionnements, qui font consensus au niveau de l'ensemble des agences, supposent de faire évoluer la culture des évaluateurs, de les former et demandent du temps » insiste-t-il à nouveau.

## Quel usage de l'IA dans les procédures d'évaluation ?

De nouvelles questions émergent, qui font bien moins consensus : « la mesure de l'impact de la recherche et le choix d'indicateurs pour le faire provoquent, par exemple, d'importantes divergences, notamment entre les allemands et les britanniques dont la culture en la matière n'est pas du tout la même. » explique le PDG de l'ANR. L'autre gros sujet du moment est l'utilisation de l'intelligence artificielle dans les processus d'évaluation, que ce soit pour la recherche d'évaluateurs, pour l'identification de plagiat, etc. Certains veulent aller beaucoup plus loin à l'instar de l'agence chinoise, *Natural Science foundation of China* ayant annoncé des procédures d'évaluation totalement réalisées par l'intelligence artificielle en 2025.

En guise de conclusion, Thierry Damerval convoque Eugene Garfield, inventeur du facteur d'impact il y a presque 70 ans, citant un extrait d'une conférence donnée en 2005 et intitulée *Agonie et extase*, histoire et sens du facteur d'impact : « en 1955, il ne m'était pas venu à l'esprit que la notion de facteur d'impact deviendrait un jour si controversée. Je m'attendais à ce qu'il soit utilisé de manière constructive, tout en reconnaissant qu'il pouvait être utilisé de manière abusive dans de mauvaises mains. Comme l'énergie nucléaire, le facteur d'impact peut faire le meilleur comme le pire. »

~~~~~

L'intervention de Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins, ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, fait écho à la mission confiée par le gouvernement à Anne-Marie Armanteras et au professeur Manuel Tunon de Lara pour

proposer une série de mesures en vue de rénover la recherche biomédicale française. « Elle s'inscrit aussi dans la continuité des propos du président de la République en mai dernier à l'Institut Curie, ayant rappelé l'importance de travailler à une recherche en santé plus unifiée, décloisonnée et dotée d'un plan d'action pour pouvoir avancer en ce sens », indique-t-elle en préambule.



**Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins, ministère du Travail, de la Santé et des solidarités**

Avant d'évoquer les « évolutions qui pourraient être envisagées pour alimenter un cercle vertueux pour les établissements de santé », elle revient sur les objets qui ont été au centre des échanges de l'après-midi et qui dépendent de son ministère (dotation socle MERRI, notion de compensation, enveloppe publications, usage du score SIGAPS) en rappelant elle aussi les objectifs et les fonctionnements. « Beaucoup de choses sont dites sur ce score, ce colloque est l'occasion de remettre les choses à leur place : ce à quoi SIGAPS doit servir, ce à quoi il sert aujourd'hui et ce à quoi il ne devrait pas servir. L'enjeu de ce type de critères est de permettre de rétribuer les établissements sur leur production scientifique et sur l'excellence de cette production. L'objectif initial de SIGAPS n'était pas de présider au déroulement de carrière des praticiens hospitaliers. Si ça l'est devenu, c'est effectivement un dévoiement. ».

Concernant la « fameuse logique de compensation, beaucoup décriée et beaucoup commentée », Marie Daudé réagit aux propos de Manuel Tunon de Lara, sur le fait que les établissements en pointe en matière de recherche sont aussi aujourd'hui les plus endettés, ce qui signifierait que la compensation ne remplit pas son objectif. « C'est peut-être vrai, concède-t-elle. Mais si ce sont ces établissements qui touchent les plus fortes parts de la dotation, nous avons un problème plus général de financement global alloué à la recherche qui va au-delà du seul principe de compensation. »

Revenant au modèle de financement actuel, « comme tout modèle, il a des limites ». Certaines avaient été identifiées et la réforme de 2021 a déjà

fait évoluer les outils (cotation des publications, notion de seuil d'éligibilité etc.) précise la directrice générale. « Nous avons déjà fait des choses et nous pouvons aller encore plus loin en travaillant plusieurs pistes avec vous, notamment avec la communauté des offreurs de soins et leurs représentants institutionnels. Ces évolutions, inscrites dans la durée, donneraient plus de visibilité aux établissements. »

## Deux premières pistes d'évolutions à envisager

Elle avance ainsi deux premières pistes. « La première serait d'utiliser une partie de la dotation socle pour financer directement les actions de recherche de l'établissement. C'est le fameux intéressement que vous avez évoqué. Les exemples de Lille et d'Amiens doivent, de ce point de vue, nous inspirer. Cette piste fait d'ailleurs écho à une proposition faite lors des 18<sup>es</sup> assises hospitalo-universitaire de décembre 2023. »

La seconde piste serait de demander un programme de recherche à cinq ans aux 45 entités de recherche, qui regroupent plusieurs établissements de santé. « Ces entités représentent aujourd'hui 80 % des établissements éligibles à la dotation socle, ayant pour ambition de porter un programme de recherche commun décloisonné et par essence multi-sites. Plus de la moitié des CHU se sont engagés dans cette démarche – 17 sur 32. La qualité de ces programmes pourrait être évaluée par la DGOS selon des modalités proches de celles mises en place par le Hcéres pour les CHU. »

Ces propositions seront bien sûr à travailler sur la base du rapport de la mission rénovation de la recherche biomédicale, ajoute Marie Daudé. En conclusion, elle assure à nouveau toutes les actrices et tous les acteurs mobilisés « du soutien du ministère de la Santé et de la DGOS pour poursuivre le double objectif qui est d'investir dans l'excellence de notre recherche en permettant à tous les acteurs de s'investir à hauteur de leurs ambitions et de pouvoir la rendre accessible à toutes les patientes et à tous les patients sur le territoire ».

~~~~

**Claire Giry** commence par préciser en quoi le score SIGAPS, outil du ministère de la Santé pour allouer des moyens au CHU, l'intéresse, elle, **directrice générale de la recherche et de l'innovation du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche** : « Il est important pour moi de voir si la manière dont les indicateurs sont conçus, sont recueillis et l'impact qu'ils ont, encourage la production de recherche de qualité, augmente

l'attractivité de la recherche française. » Autrement dit, jouent-ils bien leur rôle d'incitateurs ?

Au moment de réfléchir aux évolutions à envisager pour ces indicateurs, sachant que « tous ont leurs biais », elle insiste sur les objectifs à ne pas perdre de vue : « l'indicateur mesure-t-il vraiment ce que l'on veut mesurer ? Encourage-t-il ce que l'on veut encourager ? Les comportements qu'il induit sont-ils ceux recherchés ? Il faut être toutes et tous au clair sur ces questions et c'est bien l'objet de vos discussions. »



**Claire Giry, directrice générale de la recherche et de l'innovation, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche**

Elle va plus loin dans le questionnement : « À quoi s'intéresse-t-on exactement ? À la place des recherches propres à l'institution, à ses personnels, à sa production, à la place plus large de la recherche hospitalo-universitaire, à la recherche en santé avec tous ses partenaires, les universités, les organismes de recherche, ce qui paraît l'écosystème naturel, mais ce n'est pas forcément tout à fait la même chose. ». Et étend ces questions aux essais cliniques. « Qu'est-il important de mesurer : le fait qu'on en fasse, le fait qu'ils aient un impact, qu'ils incluent un maximum de patients, etc. ? »

## Simple, objectif et transparent

Sur ce type de sujet, explique-t-elle, en réaffirmant tout l'intérêt du ministère de la Recherche pour ces réflexions, « on est toujours sur des compromis entre un mode de calcul qui doit être simple, qui doit être aussi objectif que possible et qui doit être transparent. Ces trois mots clés doivent vraiment guider les réflexions sur la pertinence et le choix d'indicateurs. »

Claire Giry tient à faire passer un autre message : « il est important de penser à prendre en compte tout autre apport à la recherche en santé que les publications : la contribution aux essais cliniques, la participation au recueil de données sur des périmètres larges – le partage de ces données étant un enjeu essentiel pour la recherche –, la production

de *guidelines* validées pour la prise en charge dans le soin, ou encore de nouvelles orientations pour des parcours de soins. En résumé, elle invite à considérer « toute activité transformante », que les publications ne reflètent pas forcément.

Elle en profite aussi pour faire part de la forte mobilisation interministérielle et de travaux menés avec la DGOS sur deux sujets clés affectant la publication des résultats de la recherche : les biais de publications d'une part et le taux insuffisant de publication des essais cliniques d'autre part. Parmi les biais problématiques, la difficulté à publier des résultats négatifs est particulièrement dommageable pour la recherche biomédicale. « Une molécule qui n'a pas d'effet n'intéresse pas beaucoup d'éditeurs, il est pourtant crucial de le faire savoir ! » L'autre « énorme problème à régler » concerne les trop nombreux essais cliniques non publiés : « Le baromètre de la science ouverte, développé au MESR, indique qu'en 2020, seuls 52 % des essais cliniques ont fait l'objet d'une communication dans les trois années qui ont suivi la fin de l'essai. Ce score tombe à 28 % pour les promoteurs académiques, c'est-à-dire issus du secteur public. Or nous avons des obligations européennes de publication. »

## Essais cliniques, contribution essentielle à la science

Pour avancer sur ces sujets, Marie Daudé et elle-même ont mis en place un groupe de travail « Transparence et publicité des résultats de la recherche en santé ». Ce groupe doit rendre mi-mai des propositions qui mobiliseront l'ensemble des acteurs et actrices afin de lever les obstacles majeurs à la publication de tous les résultats et d'inciter à poster les essais cliniques dans des registres. Claire Giry insiste sur le fait que ce dépôt dans les registres, qui n'empêche pas de publier les essais cliniques par ailleurs, doit être reconnu comme une contribution essentielle à la science, en soi.

Elle rappelle que le Conseil de l'Union européenne et le G7 à l'échelle mondiale poussent également l'ensemble de ces sujets d'évaluation, de recherche, de science ouverte. « Signer DORA, c'était bien, mais mettre en œuvre ce que ça veut vraiment dire, est un pas supplémentaire que toutes les institutions n'ont pas encore franchi. CoARA, la coalition pour l'avancement de l'évaluation de la recherche européenne, dans laquelle les institutions françaises sont très actives, est l'occasion de le faire et j'encourage également tous les acteurs et les établissements de santé en charge de recherche clinique à participer à ce processus international de réforme de l'évaluation de la recherche. Cette réflexion sur le score SIGAPS doit être menée à l'aune de tout ce contexte international », conclut-elle.

~ ~ ~

Il revient à **Stéphane Le Bouler, président pas intérim du Hcéres**, de clore le colloque. Il tient avant tout à remercier les intervenants, – toutes les personnes sollicitées ont répondu à l'appel – ainsi que les participants venus nombreux assister à l'intégralité des échanges. Preuve du fort intérêt pour ce sujet, tant sur le plan de la santé et du financement des hôpitaux que sur celui de l'animation et du financement de la recherche. « Ce dossier est crucial pour le Hcéres à plusieurs titres : le Hcéres est l'un des premiers signataires de CoARA, il abrite l'Office français de l'intégrité scientifique et l'Observatoire des sciences et des techniques et il a restructuré, comme cela a été expliqué, son activité dans le champ de la santé pour mieux porter un certain nombre de préoccupations. »



**Stéphane Le Bouler, président par intérim du Hcéres**

Stéphane Le Bouler souligne l'importance de confronter les analyses, de rappeler le contexte et les objectifs ayant présidé à la refonte du dispositif de financement des hôpitaux, il y a une vingtaine d'années, comme l'a fait Jean-Marc Aubert, et d'entendre Patrick Devos qui en a été l'un des artisans, via le score SIGAPS. Les problématiques des données et la question de la fonction de production à l'hôpital sont essentielles.

## Un dispositif nécessaire de régulation

En tant qu'économiste de la santé, il avoue un certain scepticisme pour les logiques parcellisées en matière de tarification ou d'allocation des ressources : les dispositifs tarifaires constituent une ressource globale, à la main des établissements, à charge pour ceux-ci de financer telle ou telle activité, dont la recherche. Autrement dit, ces dispositifs ne sanctuarisent pas des ressources. Quant au score SIGAPS, « il faut lui reconnaître les mérites de la simplicité et de la disponibilité à haute fréquence, et si on décide aujourd'hui de l'abandonner, il

faut savoir par quel dispositif offrant ces mêmes avantages le remplacer à bas coût. Des pistes ont été évoquées. Dès lors qu'il y a tarification, prévient Stéphane Le Bouler, se développent des pratiques d'optimisation, des formes de dévoiement et cela n'a pas manqué avec l'utilisation de SIGAPS. Au vu des sommes en jeu pour le financement global des hôpitaux, il est essentiel d'avoir un dispositif de régulation et de pouvoir faire évoluer les dispositifs, en fonction des données disponibles et des connaissances acquises. »

CoARA ayant été cité comme le bon cadre de réflexion à maintes reprises dans l'après-midi, Stéphane Le Bouler en rappelle le principe premier : « celui d'une évaluation de la recherche qualitative, réalisée par des pairs et qui doit faire un usage responsable et équilibré des indicateurs quantitatifs. Un des principes essentiels de CoARA, non écrit dans les textes, précise-t-il, est de rompre avec tout ce qui contribue à la course à la quantité qui a beaucoup prévalu, avec son lot d'effets délétères que les uns et les autres ont décrits – Alain Fischer dans son propos liminaire, Louise Benoit dans son panorama des dérives liées à SIGAPS, par exemple. »

## Capter la diversité de la recherche

Stéphane Le Bouler saisit l'occasion pour être très clair sur la position de l'Autorité publique indépendante : « Le Hcéres ne fait pas partie des institutions qui proposent de proscrire l'usage des indicateurs quantitatifs. Nous utilisons et produisons de tels indicateurs dans nos analyses bibliométriques, sur les projets financés, sur les brevets. En revanche, le Hcéres et l'OST n'utilisent pas le facteur d'impact des journaux dans ces analyses, contrairement à SIGAPS. S'il y a un indicateur à proscrire c'est le facteur d'impact des journaux et c'est en tout cas un engagement clair de DORA. » poursuit-il.

Une autre caractéristique de SIGAPS, expliquée par Lionel Da Cruz et Patrick Devos, tient à la méthode de repérage des publications, réalisée sur les noms des chercheurs et des personnels des structures. « C'est sur ce repérage au nom de l'individu, que la dérive de l'usage des points SIGAPS pour les recrutements et les promotions individuelles s'est ancrée, fait remarquer le président du Hcéres. Même si les représentantes et représentants des sections du CNU nous ont abondamment décrit les alternatives à cet usage de SIGAPS en la matière » modère-t-il.

Un certain nombre de propositions d'évolutions sont donc sur la table. « L'une des questions autour de l'usage des indicateurs est celle de la pluralité nécessaire pour capter précisément la diversité de la recherche. C'est le rôle d'une approche plus intégrée de l'évaluation de la recherche, telle que

celle envisagée pour les sites hospitalo-universitaires et présentée par Michèle Cottier. Ce colloque, à la suite du travail des Académies, visait à prendre en charge un certain nombre de questions pour

le débat public. Mais c'est évidemment aussi une propédeutique très importante pour nous au moment de faire évoluer nos dispositifs d'évaluation de la recherche. »

## Acronymes récurrents

|               |   |
|---------------|---|
| <b>CoARA</b>  | Coalition on Advancing Research Assessment                                      |
| <b>DGOS</b>   | Direction générale de l'offre de soins  |
| <b>MCU-PH</b> | Maître de conférences des universités - praticien hospitalier                   |
| <b>MERRI</b>  | Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation             |
| <b>PU-PH</b>  | Professeur des universités - praticien hospitalier                              |
| <b>PHRC</b>   | Programme hospitalier de recherche clinique                                     |
| <b>SIGAPS</b> | Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques |
| <b>SIGREC</b> | Système d'interrogation, de gestion de la recherche et des essais cliniques     |



