FONDÉE LE 20 DÉCEMBRE 1820

Académie Nationale de Médecine

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

MANIFESTE

pour la formation, la recherche et l'innovation en santé

OCTOBRE 2026

© Magnific — abstract-neural-network-visualization AI image



© Magnific — Female doctor discussing with senior couple over a report in the ward

Face à l'accélération de notre déclassement et aux révolutions technologiques en cours, l'Académie nationale de médecine recommande une stratégie d'actions sur l'organisation et le financement de la formation, de la recherche et de l'innovation en santé

L'enjeu de santé est une des premières préoccupations de nos concitoyens. Or que ce soit en termes de prévention, de prise en charge médicale ou de traitements, la médecine aborde une période de bouleversements d'une ampleur inédite. Celle-ci est caractérisée par sa rapidité de mutation, à la fois générateur de risques, en particulier sur la soutenabilité budgétaire, mais aussi d'opportunités pour une meilleure autonomie stratégique. Témoignent de cette transformation : l'intégration de données massives et de l'intelligence artificielle dans toutes les disciplines médicales, en particulier la prévention et la médecine de précision ; les progrès spectaculaires des immunothérapies, des thérapies cellulaires et géniques ; ou encore l'émergence de la « santé globale » qui appréhende le patient dans son environnement.

L'Académie nationale de médecine s'est mobilisée pour identifier les forces et les faiblesses de notre système de santé au bénéfice de la population. L'Académie a conclu qu'un des principaux leviers d'actions pour renforcer l'efficience de notre dispositif réside dans la levée des freins à la liberté d'entreprendre dans le tryptique « Formation, Recherche et Innovation ». Ceci passe prioritairement par une réelle autonomie de gestion des sites hospitalo-universitaires, indissociable d'une évolution radicale des gouvernances des parties prenantes, Universités, CHU et EPST. L'exemple le plus évident de frein aux initiatives et innovations de terrain concerne la recherche en biologie santé, victime d'un empilement de structures nationales en concurrence, leur compétition devenue incontrôlable accroissant l'érosion des moyens au niveau des laboratoires. Enfin, une remise à plat des financements s'impose, aussi bien dans la recherche publique au niveau du budget général que dans la recherche hospitalière dans le budget de l'assurance maladie.

Dans cette vision, les cursus de formation de santé doivent eux aussi anticiper les bouleversements, à la fois scientifiques et technologiques tout autant que sociétaux ; citons comme exemples : le vieillissement de la population avec l'accroissement des maladies associées, les maladies métaboliques liées à l'obésité, la natalité et la périnatalité et la problématique croissante de la santé mentale.

Si la filière des industries de santé fait preuve de vitalité, avec près de 2800 start-ups et ETI, le secteur se heurte à l'absence de relais financiers privés pour industrialiser des projets pourtant largement soutenus en phase d'amorçage par l'État, poussant les entreprises les plus prometteuses à s'implanter à l'international, notamment aux États Unis. Comme le soulignait le rapport Draghi en 2024, face au risque de décrochage vis-à-vis des blocs américain et chinois, une synergie entre une politique fiscale nationale incitative et le soutien aux innovations de rupture par l'Europe est un des rares leviers capable de sauvegarder notre autonomie scientifique, industrielle et décisionnelle.

Pour redonner corps à notre ambition, quatre stratégies d'actions se détachent : une refonte profonde de la formation médicale ; une simplification radicale d'une organisation de la recherche devenue trop complexe, inefficiente et sous-financée ; la sanctuarisation de son financement comme priorité nationale permanente ; et, enfin, une mobilisation politique et citoyenne d'envergure, l'innovation en santé n'étant pas une dépense, mais l'investissement le plus essentiel pour nos emplois de demain, notre autonomie stratégique et la santé de nos concitoyens.

Avant-propos

À l'approche des échéances électorales de 2027, ce document[1] a vocation à nourrir le débat démocratique qui présidera aux futures orientations stratégiques de notre pays. Synthèse des travaux conduits par l'Académie nationale de médecine, elle rassemble des propositions d'actions concrètes pour réformer la formation et l'adapter aux bouleversements en cours, stimuler la recherche et libérer l'innovation. Le document est organisé en 11 fiches regroupées selon ces trois domaines. Un tableau résumé permet d'appréhender la stratégie d'actions proposées.



© Bibliothèque de l'Académie nationale de médecine, Studio CDA, / Didier Herman

[1] *Certaines parties de ce texte ont été rédigées avec l'aide d'assistants IA dans la suggestion de formulations alternatives pour des concepts complexes, et l'amélioration de la clarté et de la concision. Tout contenu généré par l'IA a été soigneusement révisé, édité et approuvé. L'analyse finale, les conclusions et les interprétations sont l'œuvre des auteurs, qui assument l'entière responsabilité du contenu et de l'exactitude du travail.*



© Magnific - Doctor girl and stethoscope for clinic consultation

Section	Titre	Recommandations	N°	Pages
Formation	Conditions d'entrée dans les études de médecine	Mener à terme la licence santé et en donner un schéma simple et lisible	I. 1	07
	Organisation de l'internat en médecine	Régionaliser l'internat en médecine	I. 2	08
Organisation de la recherche	Gouvernance des Universités	Réformer la gouvernance et les missions des Universités dans une logique d'autonomie, sous condition d'évaluation.	II. 1	09
	Gouvernance des CHU	Dans les sites hospitalo-universitaires à forte intensité de recherche pluridisciplinaires, attribuer aux universités un rôle légal dans le pilotage des CHU	II. 2	10
	Transformation de l'Inserm : redéfinir ses priorités	Mettre fin à la dualité entre l'Inserm et l'Agence de programmes de recherche en santé en fusionnant ces structures pour créer un pilotage unifié de la stratégie nationale de recherche en biologie-santé.	II. 3	11
	Politique contractuelle de site Hospitalo-Universitaire	Faire des Universités et des facultés de santé les concepteurs et gestionnaires d'une politique de site contractuelle avec les CHU et les Organismes nationaux de recherche	II. 4	12
	Données de santé et ressources biologiques	Simplifier radicalement l'accès aux données de santé et aux échantillons biologiques, tout en maintenant la confiance des citoyens	II. 5	13
Financement de la recherche et valorisation	Réformer le financement de la recherche en biologie et santé	Sanctuariser par la loi un investissement public de 1 % du PIB pour la recherche, en imposant un arbitrage budgétaire qui porte d'ici 2030 la part de la biologie-santé à 30 % du budget civil de recherche (MIRES)	III. 1	14
	Dire la vérité sur le budget de la recherche	Déduire la "cotisation d'équilibre" du calcul de l'effort public de recherche pour passer d'un affichage budgétaire de façade à une trajectoire de moyens d'action réels.	III. 2	15
	Soutenir les phases précoces de la R&D en biologie-santé	Simplifier et soutenir les phases précoces d'amorçage de la valorisation de la recherche académique vers les start-ups de la filière santé (Health Tech).	III. 3	16
	Investir dans le risque	Faire de l'investissement dans le risque et l'innovation de rupture un moteur de la souveraineté sanitaire européenne	III. 4	17
Annexes	*Publications dans le Bulletin de l'Académie nationale de médecine*			18
	Autres références			19
	Glossaire			20



© Magnific — Doctor smile and senior woman in hospital bed for recovery

I. 1. Conditions d'entrée dans les études de médecine

1) LA RECOMMANDATION

Mener à terme la licence santé et en donner un schéma simple et lisible

2) LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

La réforme de l'entrée dans les études médicales mise en place en 2020, dite PASS/LAS, suivant laquelle plusieurs parcours s'étaient substitués à la première année commune aux études de santé (PACES), un PASS avec une mineure d'une autre discipline, une LAS avec une mineure santé ou une formation paramédicale, était excessivement complexe et elle est incomprise. Le gouvernement a annoncé le 17 avril la mise en place à la rentrée 2027 d'une voie unique d'accès aux études de santé, issue de la fusion du PASS et de la LAS, ouverte aux cinq filières de santé, médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie et kinésithérapie, avec deux candidatures possibles en fin de première année et de deuxième année de licence. Des passerelles seront également ouvertes pour les titulaires d'une licence complète. L'Académie nationale de médecine salue cette décision, qu'elle avait appelée, de même que la Cour des Comptes. Elle alerte toutefois sur le fait que cette réforme attendue et voulue par toutes les parties prenantes doit revenir à un schéma simple et compréhensible. Elle nécessite une préparation minutieuse difficilement compatible avec une mise en place à la rentrée 2027.

3) STRATÉGIE ET ACTIONS

L'Académie nationale de médecine propose de modifier en profondeur la formation initiale en santé en l'inscrivant dans le cadre de l'harmonisation des formations universitaires en Europe, via la mise en place d'une licence santé. Ceci souligne l'importance de maintenir l'objectif de diversification des profils des futurs médecins, une condition essentielle de restauration de l'offre de soins médicaux dans les zones actuellement sous-denses.

Dans cette perspective la création d'une « licence santé » offrirait de nombreux avantages :

- Facilement compréhensible ;
- Ne mobilisant pas les autres composantes de l'université encore aujourd'hui souvent très réticentes aux LAS ;
- Faisant davantage converger les études médicales vers le système LMD (Licence-Master-Doctorat) ;
- Permettant l'introduction de la pluridisciplinarité dans les études de santé dès leur début, condition nécessaire au décloisonnement des professionnels impliqués dans l'offre de soins, concourant ainsi au développement d'une culture de la coopération encore aujourd'hui insuffisante ;
- Facilitant les passerelles entre formations ;
- Permettant de poursuivre l'objectif de diversification du profil des futurs médecins.

I. 2. Organisation de l'internat en médecine

1) LA RECOMMANDATION

Régionaliser l'internat en médecine

2) LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

Le concours de l'internat en médecine, organisé à l'échelon local, régional puis inter-régional, a été remplacé en 2004 par des épreuves et un classement national. La procédure nationale de répartition des internes prend en compte les voeux des candidats, exprimés par spécialité et par subdivision (territoire rattaché à un CHU). Les étudiants fondent leur choix définitif sur la spécialité puis sur la subdivision, les moins attractives étant choisies par défaut, avec souvent pour unique motivation la possibilité d'accéder à la spécialité souhaitée. Ainsi, l'ancrage régional, que permettait l'internat jusqu'en 2004 a progressivement disparu.

3) STRATÉGIE ET ACTIONS

Le lieu où est effectué l'internat est un élément déterminant pour l'installation, suggérant qu'il serait bénéfique de favoriser le maintien des étudiants dans leur région (actuellement, en moyenne seulement 25% des étudiants effectuent leur internat dans leur région d'origine). Au demeurant, la région d'internat ne devrait en aucun cas être imposée comme région d'installation.

La régionalisation de l'internat se ferait suivant la procédure suivante :

- Un choix par région puis par subdivision ;
- La prise en compte de voeux dans des régions prioritaires dans les classements, via un coefficient de pondération favorisant les étudiants ayant émis des voeux dans deux ou trois régions prioritaires ;
- La prise en compte du contrat d'engagement de service public (CESP) dans la procédure d'appariement via un coefficient de pondération supplémentaire.

II. 1. Gouvernance des Universités

1) LA RECOMMANDATION

Réformer la gouvernance et les missions des Universités dans une logique d'autonomie, sous condition d'évaluation.

2) LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

L'organisation de la recherche souffre d'une complexité structurelle qui bride sa capacité d'actions et de leadership du territoire. Pour ce faire, la France doit passer d'un modèle universitaire fragmenté à un modèle intégré pour les plus grandes universités pluridisciplinaires de recherche. L'objectif est de clarifier et de rendre compétitif les trois missions universitaires fondamentales : la formation, la production de connaissances et le transfert technologique au bénéfice de la société.

3) STRATÉGIE ET ACTIONS

3.1 Une gouvernance professionnalisée

1. Exécutif : Une équipe de direction resserrée dirigée par un Président Directeur Général choisi pour son leadership par appel à candidature.

2. Conseil d'Administration : Un CA indépendant d'une vingtaine de membres au plus, composé en majorité d'acteurs externes à l'Université : représentants de la société civile, entrepreneurs, alumni, philanthropes, chercheurs et enseignants-chercheurs Européens et extra-Européens, etc. Le PDG le préside.

3. Conseil Académique : Une assemblée constituée des membres représentatifs de l'université, chargée de porter la vision scientifique et de conseiller l'exécutif.

3.2 Des missions clarifiées

(i) Séparer le fonctionnement des opérateurs, des agences de financement et de l'agence d'évaluation. L'autonomisation de chacune de ces entités évite les liens d'intérêt et la confusion des rôles. L'Université est l'opérateur unique d'un site de formation, de recherche et de valorisation au niveau d'un territoire. Cette mission prévaut dans les pays d'Europe comparables à la France.

(ii) Sélectionner des Universités volontaires pour leur transférer la responsabilité de la recherche.
Ces universités auront au préalable modifié leur gouvernance (cf. supra). Au-delà du COMP (Contrat d'objectif de moyens et de performance) qui les engage dans un projet quinquennal, elles disposeront d'une attribution spécifique de moyens financés par l'Etat, nécessaires à cette transformation. Un calendrier contraint sera établi avec un suivi périodique, engageant aussi les EPST. Dans ce cadre les personnels des EPST seront progressivement détachés dans ces Universités, tout en conservant une évaluation nationale de leur activité.

(iii) Faire converger les gouvernances entre Universités et CHU. L'Université est intégrée pleinement au pilotage des CHU, gouvernance et stratégie territoriale notamment (cf. fiche dédiée).

II. 2. Gouvernance des CHU

1) LA RECOMMANDATION

Dans les sites hospitalo-universitaires à forte intensité de recherche pluridisciplinaires, attribuer à l'Université un rôle légal dans le co-pilotage des CHU

2) LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

Les CHU ont une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, cette dernière est déterminante : la qualité des soins et de la formation des jeunes médecins est indissociable d'une recherche de haut niveau.

Le modèle français des CHU traverse une crise de performance et d'attractivité. Malgré des talents individuels reconnus, la recherche médicale française recule face à la concurrence internationale, entravée par des lourdeurs structurelles et un pilotage inadapté :

- Gouvernance administrative : la direction des CHU est exercée par des profils administratifs compétents mais dépourvus de vision stratégique en recherche et formation. Les instances actuelles ne traitent souvent la recherche que de manière consultative. De plus, elles confondent recherche et bases de données médicales, des ressources non patrimoniales qu'elles considèrent à tort comme une source potentielle de revenus.
- Cloisonnement des savoirs : la recherche en biologie-santé, réalisées au sein des unités de recherche (ONR-Universités) et la recherche clinique sont, en dehors de quelques structures tels certains IHU, structurées en silo, empêchant une continuité efficace de l'innovation. Elle va des bases les plus fondamentales de la recherche, en particulier biologique, jusqu'à la recherche clinique. En outre, la recherche est multidisciplinaire et réunit des expertises variées : SHS, biologie, génétique, épidémiologie, physique, chimie, mathématiques, données massives, IA etc.
- Évaluation obsolète : Les indices quantitatifs SIGAPS et SIGREC reflètent imparfaitement la qualité scientifique réelle des équipes.

3) STRATÉGIE ET ACTIONS

- Les missions du Directoire sont renforcées pour se rapprocher de celles des "Boards" selon les normes européennes (Royaume-Uni, Pays-Bas et Allemagne). Le Directoire définit les grandes orientations et contrôle l'action de la Direction. Il est composé d'une majorité de personnalités externes au CHU dont des représentants des financeurs, des chercheurs, des personnels de santé, etc. Il élit son Président ;
- Le CHU est dirigé par un triumvirat composé d'un Directeur général, du doyen de l'UFR Santé et du Président de la commission médicale d'établissement (PCME) ;
- La Direction de la recherche et de l'innovation (DRI) est assurée par une personnalité qualifiée nommée par le Président de l'Université sur proposition du Directoire, le doyen de l'UFR Santé et un ou deux chercheurs représentatifs ;
- Des "Départements hospitalo-universitaires" sont créés. Ils reposent sur le volontariat et réunissent équipes de recherche et équipes cliniques dans une cohérence thématique ;
- Les CHU à forte intensité de recherche pluridisciplinaires ont une mission de tête de réseau territorial des Etablissements publics de santé, pour les soins, la recherche et la formation.

II. 3. Transformation de l'Inserm : redéfinir ses priorités

1) LA RECOMMANDATION

Mettre fin à la dualité entre l'Inserm et l'Agence de programmes de recherche en santé en fusionnant ces structures pour créer un pilotage unifié de la stratégie nationale de recherche en biologie-santé.

2) LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

La recherche en biologie-santé souffre d'une gouvernance fragmentée qui dilue la responsabilité stratégique :

- L'asphyxie par la gestion : En restant un organisme de gestion directe (employeur), l'Inserm consacre l'essentiel de son énergie et de son budget (masses salariales, retraites) à l'administration, au détriment de sa fonction de stratège. La capacité d'intervention "hors projet" est réduite à un reliquat dérisoire de moins de 60 M€/an.
- Le besoin de pilotage unifié : L'excellence scientifique exige que l'orientation des financements (LPR, PEPR, MERRI) soient arbitrée par un stratège unique capable de définir une trajectoire décennale, loin de la bureaucratie des tutelles multiples.
- L'anomalie de l'Agence "abritée" : Le gouvernement a créé une Agence de programmes de recherche en santé abritée par l'Inserm, mais dotée d'une indépendance théorique. Cette configuration est source de confusion.

3) STRATÉGIE ET ACTIONS

La réforme doit acter le passage de l'Inserm vers un rôle de "cerveau stratégique" via :

3.1 Unification Institutionnelle : Faire de l'Inserm l'unique Agence de programmes de recherche en santé. Cela implique que l'Institut abandonne sa fonction d'opérateur pour devenir, avec à ses côtés d'autres EPST (CNRS, INRAe...), le stratège national de la recherche en biologie-santé, garant de la cohérence entre les investissements de "France 2030" (PEPR) et les fonds récurrents.

3.2 Arbitrage des crédits LPR : Obtenir du Ministère que les hausses de crédits de la LPR servent à abonder la dotation récurrente (SCSP) pilotée par cette Agence de programmes. Ce financement "hors projet" du type DARPA et H-ARPA est le seul moyen de financer l'audace scientifique.

3.3 Coordination de la recherche clinique (MERRI) : Confier à l'Inserm-Agence, conjointement avec la nouvelle Direction générale de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé du Ministère chargé de la santé, un pouvoir d'orientation stratégique sur le milliard et demi d'euros de la part variable des moyens de la recherche clinique de l'ONDAM. L'objectif est de transformer ces flux en soutiens pérennes pour la recherche hospitalière et les infrastructures nationales (cohortes, entrepôts de données de santé, centres de ressources biologiques).

3.4 Délégation totale de gestion aux uniques hébergeurs : Décentraliser l'organisation et la gestion de la recherche conduite sur les sites : confier la gestion administrative des UMR Inserm (et UMR CNRS du domaine, hors les UPR) aux établissements hébergeurs universitaires, dont le détachement administratif de leurs personnels. Ce transfert libèrera de leurs lourdeurs de gestion locale et permettra une véritable "débureaucratisation" des ONR et de la Recherche au bénéfice des sites d'excellence.

II. 4. Politique contractuelle de site Hospitalo-Universitaire

1) LA RECOMMANDATION

Faire des Universités et des facultés de santé les concepteurs et gestionnaires d'une politique de site contractuelle avec les CHU et les Organismes Nationaux de Recherche.

2) LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

Le décrochage de la recherche en santé française se confirme dans les classements internationaux en particulier en Europe (ERC, Horizon Europe, EU4 Health). Ce décrochage annoncé dans des rapports successifs (Académie Nationale de Médecine, France Universités…) est lié à un sous financement public et privé, avec un investissement industriel de plus en plus réduit et à une complexité de notre système français. Cette dégradation décourage les chercheurs, ce qui aggrave la situation par une perte d'attractivité des missions de recherche. Malgré des efforts portés par la loi de programmation de la recherche de 2020, par les investissements PIA successifs et par France 2030, la recherche en santé est de moins en moins compétitive. Une nouvelle politique de site hospitalo-universitaires contractuelle, pilotée par l'Université et les UFR de santé, pourrait dynamiser l'attractivité des meilleurs chercheurs et inventer des leviers de financements originaux tenant compte de la contrainte économique croissante.

3) STRATÉGIE ET ACTIONS

3.1 Proposer à chaque site HU l'élaboration et la signature de « Contrats de Recherche et Innovation Biomédicale » (C-RIB) selon les spécificités des écosystèmes territoriaux.

- Le C-RIB sera plus efficace que les CRBSP inscrits dans la loi HPST, avec des organisations et gouvernance rationalisées.
- Le C-RIB permettra d'interroger la pertinence des cotutelles des laboratoires par les universités, les ONR et les établissements de santé. Il définira les règles de mutualisation des données de santé, des cohortes et des bio-collections.
- Le C-RIB formalisera le concept de territoires de recherche définis par l'Art 22 de la Loi de Simplification de la vie économique, associant Université, CHU et ONR mais aussi centres hospitaliers non universitaires, certaines CPTS et autres acteurs privés avec l'aide des pôles de compétitivité et des Pôles Universitaires d'Innovation (PUI) pour favoriser l'industrialisation et la valorisation des découvertes académiques.

3.2 Faciliter des actions de site renforçant l'attractivité des métiers de la recherche

- Attirer les médecins à la recherche et les scientifiques à la recherche biomédicale : développer les postes d'accueil locaux pour les internes, financer des thèses d'université et des séjours post doctoraux ;
- Favoriser les parcours MD-PhD ou MD-Ingénieur au travers de thèses financées ;
- Proposer des dispositifs de maintien des meilleurs chercheurs en France et favoriser leur retour.

3.3 Identifier les leviers de financements territoriaux et les inscrire dans le C-RIB

- Projets et appels à projets communs centrés sur les axes d'excellence du site.
- Réponse en commun aux appels d'offre internationaux
- Élaboration en commun de dispositifs originaux et agiles à l'échelle d'un site : contrats d'interface, instruments de financements associant l'assurance maladie, l'ANR et les industriels (mini RHU), soutiens aux jeunes chercheurs, réseaux d'excellence (FHU).
- Association des collectivités locales aux financements des axes d'excellence.

II. 5. Données de santé et ressources biologiques

1) LA RECOMMANDATION

Simplifier de façon radicale l'accès aux données de santé et aux échantillons biologiques, tout en maintenant la confiance des citoyens

2) LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

La France dispose de l'une des bases de données de santé les plus riches au monde (SNDS, PMSI). Elle a également été leader pour établir des normes internationales de fonctionnement des biobanques. Paradoxalement, l'accès aux données et aux ressources biologiques pour la recherche est encore trop entravé :

- Une accumulation de règles et une complexité des circuits d'autorisation : CPP-IRB-CESRESS-CNIL-PDS* ;
- Une multiplication non coordonnée d'Entrepôts de données de santé (EDS) et de biobanques dans la quasi-totalité des établissements de santé. La prise en charge partielle des surcoûts par les MERRI ne permet pas d'assurer un fonctionnement pérenne de ces infrastructures ;
- Un manque de standardisation qui rend difficile une interopérabilité des EDS et l'échange d'échantillons biologiques, bloquant la mise en oeuvre d'études multicentriques ;
- Une qualité médiocre des données saisies et des ressources biologiques, incompatible avec le développement de l'IA, des études génomiques à grande échelle et avec la création de jumeaux numériques ;
- Une création non-contrôlée et onéreuses de petites cohortes, sans coordination ni financement au long cours ;
- La prééminence des prestataires localisés aux Etats-Unis et soumis au Cloud Act.

3) STRATÉGIE ET ACTIONS

3.1 Pour les données

Dans le cadre de la mise en place de "l'Espace européens des données de santé"

- confier à la "Plateforme des données de santé" (ex-HDH, "Organisme responsable des données de santé") un rôle stratège pour la création et la coordination des EDS ("Détenteurs de données de confiance") ;
- lui donner une délégation par la CNIL pour une compétence d'instruction des autorisations d'accès ;
- confier aux "Détenteurs de données de confiance" un droit d'évaluation et d'autorisation des projets de recherche ;
- rendre obligatoire l'utilisation de modèles de gestion de données qui soient partageables et interopérables entre les établissements de soins ;
- mettre en place un Cloud Européen souverain.

3.2 Pour les biobanques

- Supprimer leurs financements sur critères quantitatifs (MERRI) au profit d'une contractualisation après évaluation périodique de leur activité ;
- Soutenir prioritairement les réseaux thématiques de biobanques ;
- Les faire évoluer d'une logique de fonctionnement rétrospectif vers une prospective par projet.

*CPP : Comité de protection des personnes ; IRB : Institutional review board ; CESRESS : Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé ; CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés ; PDS : Plateforme des données de santé ; EDS : Entrepôt de données de santé ; MERRI : Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation ; RGPD : Règlement général de protection des données.

III. 1. Réformer le financement de la recherche en biologie et santé

1) LA RECOMMANDATION

Sanctuariser par la loi un investissement public de 1 % du PIB pour la recherche, en imposant un arbitrage budgétaire qui porte d'ici 2030 la part de la biologie-santé à 30 % du budget civil de recherche (MIRES)

2) LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

La recherche française en biologie-santé subit une double peine : un sous-investissement global aggravé par une marginalisation relative au sein des priorités nationales.

- Effondrement des parts relatives : La part de la biologie-santé dans la MIRES est passée de plus de 22 % à seulement 16,4 % en 2024. Ce désinvestissement relatif a entraîné une chute de 30 % du budget réel du secteur depuis 2008.
- Le coût du passé : Une part massive des crédits de recherche affichés est captée par la "cotisation d'équilibre" du CAS Pensions (82,28 % de taux de contribution employeur en 2026), masquant une baisse continue des moyens d'action réels dans les laboratoires (cf. Fiche « III. 2»).
- Dysfonctionnement des MERRI-socle : L'enveloppe de 3,3 Mds€ issue de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est aujourd'hui une "boîte noire". Sa répartition automatique (dotation socle de 1,9 Md€ liée aux indicateurs SIGAPS) sert trop souvent de variable d'ajustement aux budgets hospitaliers plutôt qu'à l'innovation clinique.

3) STRATÉGIE ET ACTIONS

Une refonte du financement hospitalier est nécessaire. L'effort doit se concentrer sur la transformation des MERRI en un véritable levier de recherche de pointe, articulé autour de deux axes :

3.1 Instaurer un pilotage rigoureux des fonds MERRI

- Suppression du guichet automatique : Remplacer la répartition mécanique des MERRI "socle" par une allocation pilotée par la qualité.
- Gouvernance dédiée : Créer au sein de la nouvelle Direction générale de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé, un « Conseil d'orientation de la recherche hospitalière » incluant l'ANR et les organismes de recherche concernés, pour superviser la part variable et garantir que chaque euro de l'Assurance Maladie finance exclusivement des projets d'innovation et non le fonctionnement courant des CHU.

3.2 Unifier le financement des structures (Préciput)

- Généralisation du taux de 40 % : Imposer un taux de préciput (frais de structure) unique et obligatoire de 40 % sur tous les contrats de recherche (ANR, PHRC, industriels).
- Alignement Hospitalier : Appliquer immédiatement ce taux aux activités de recherche clinique financées par les MERRI, pour couvrir les coûts réels des infrastructures hospitalières, des cohortes et des centres de ressources biologiques.
- Trajectoire LPR : Garantir que l'augmentation faciale du préciput prévue par la LPR d'ici 2027 se traduise par des crédits "frais" et non par un simple jeu d'écriture comptable absorbé par les charges de pension.

III. 2. Dire la vérité sur le budget de la recherche

1) LA RECOMMANDATION

Déduire la "cotisation d'équilibre" du calcul de l'effort public de recherche pour passer d'un affichage budgétaire de façade à une trajectoire de moyens d'action réels.

2) LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

En vingt-cinq ans, le déclin français est devenu une donnée statistique inéluctable : notre pays est passé de la 11ème à la 23ème place au classement PISA en mathématiques, tandis que son rang mondial en publications scientifiques glissait de la 5ème à la 10ème position. Ce décrochage interroge : comment expliquer une telle érosion alors que notre budget par élève est supérieur à la moyenne de l'OCDE et que nos crédits de recherche d'État, 0,7% du PIB, sont dans la moyenne européenne ?
En fait, alors que la France affiche avec la LPR l'objectif d'un budget de recherche d'État de 1 % du PIB, le chiffre de 0,70 % est un trompe-l'oeil statistique dû aux règles de gestion du Compte d'affection spéciale (CAS) Pensions :

- La vérité des chiffres : Sur les 52 Md€ que l'État verse pour les retraites de l'ensemble de ses agents, seuls 11 Md€ sont des cotisations normales. Les 41 Md€ restants sont une subvention d'équilibre pour colmater le déficit démographique (0,9 actif pour 1 retraité) ;
- Le coût biaisé de la recherche : le taux de contribution retraite imposé aux laboratoires a bondi en 2026 à 82,28 %. Pour un traitement brut de 100 euros versé à un chercheur ou un enseignant, l'État doit décaisser 82,28 € supplémentaires dont au moins les 2/3 sinon les 3/4 ne financent pas les droits futurs des agents ;
- Le décrochage réel : En raison du poids de la masse salariale (plus de 70 % du budget ESR), en ramenant le taux de cotisation à un niveau comparable au privé ou aux standards internationaux (cible IPP à 34,7 %), le budget de la recherche chute mécaniquement de 16 %. L'effort réel tombe à 0,59 % du PIB, plaçant la France au 16ème rang européen.

3) LA STRATÉGIE

Pour que la Loi de programmation de la recherche (LPR) ne soit pas vidée de sa substance par le passif démographique, la stratégie doit être :

3.1 La clarté analytique :
Suivre l'engagement ministériel de séparer, dans chaque programme budgétaire, dont celui de la Recherche, la part "investissement actif" (cotisation normale) de la part "amortisseur social" (cotisation d'équilibre).

3.2 La sanctuarisation des moyens de fonctionnement :
Empêcher que l'augmentation faciale des crédits de la LPR ne soit absorbée par la hausse automatique des taux de cotisation du CAS Pensions.

3.3 Un impératif de souveraineté :
Assumer cette vérité comptable auprès d'Eurostat et de l'OCDE pour justifier un réinvestissement massif en crédits "frais" (équipement, projets, recrutements), seuls capables de stopper le déclin de la France dans les classements internationaux (PISA, publications).

III. 3. Soutenir les phases précoces de la R&D en biologie-santé

1) LA RECOMMANDATION

Simplifier et soutenir les phases précoces d'amorçage de la valorisation de la recherche académique en biologie-santé vers les start-ups de la filière santé (Health Tech).

2) LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

La spécificité de l'innovation en santé repose sur les fortes contraintes propres à son application, notamment le temps long, les risques élevés, le partage de la PI, le respect des principes de la bioéthique et la réglementation spécifique à la recherche sur la personne humaine. Le soutien à l'innovation s'est renforcé de manière continue au cours des vingt dernières années, notamment via les Programmes d'investissements d'avenir et le Plan France 2030. Aujourd'hui, la filière santé rassemble 80 000 emplois au sein de 2 800 entreprises.
Cependant, plusieurs motifs d'inquiétude appellent à une relance des actions en faveur de l'innovation en santé :

- La baisse continue des budgets alloués à la recherche sans laquelle l'innovation se tarit. Le sous-investissement chronique de l'Etat en R&D ne représente plus que 0,59% du PIB, en raison notamment du financement des retraites ;
- Un décrochage de la France dans les classements internationaux de l'innovation en santé (17ème rang mondial selon le World Index of Healthcare Innovation) ;
- En une seule année (2023 à 2024), un fort ralentissement de l'activité (6,6M€ à 5,1M€) et de l'investissement en R&D (3,4M€ à 2,6M€) dans la filière santé. Seules 20% des entreprises ont levé des fonds en 2025 et 50 % des entreprises ont des difficultés à se financer ;
- Une pression accrue sur les comptes de l'Assurance-maladie, contrainte d'arbitrer sur l'importation onéreuse d'innovations thérapeutiques produites et financées hors de l'Europe.

3) LA STRATÉGIE

- Simplifier et coordonner le continuum du financement de la recherche fondamentale vers l'amorçage de projets d'innovation, jusqu'aux phases critiques d'industrialisation ;
- Harmoniser et réduire les taux de redevance des filiales de valorisation des ONR et des SATT ; réduire à six mois les délais de contractualisation avec les entreprises de la filière santé ;
- Rendre efficiente la valorisation de proximité, en supprimant les nombreuses agences et officines chargées de valorisation aux missions superposables ; et en donnant aux Universités la mission d'opérateurs uniques de proximité en charge de la détection, de l'accompagnement, de la pré-maturation/maturation des projets, et de la coordination avec les industriels et les start-ups ;
- Financer les infrastructures en biologie-santé pour pallier les risques d'échec des phases précliniques et précoces d'innovation jusqu'à la preuve du concept, en soutien aux startups ;
- Adapter la législation européenne aux spécificités de la filière santé, notamment pour un accès facilité aux données de santé et aux échantillons biologiques.

III. 4. Investir dans le risque

1) LA RECOMMANDATION

Faire de l'investissement dans le risque et l'innovation de rupture un moteur de la souveraineté sanitaire européenne

2) LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

Le rapport Draghi a clairement rappelé la nécessité d'augmenter considérablement les capacités d'investissement de l'UE en recherche pour ne pas décrocher de la compétition mondiale. Passer d'une recherche académique européenne d'excellence à un leadership industriel mondial en santé nécessite de mobiliser les investissements du secteur privé dans les projets de rupture. La France a déployé de nombreux dispositifs de financement d'amorçage qui permettent de passer de la découverte issue des laboratoires académiques aux phases précoces de validation.
Cependant, les innovations de rupture peinent à passer aux phases industrielles, faute de relai financiers privés significatifs. Le sous-investissement chronique dans la R&D biomédicale, le manque de coordination entre la recherche publique et privé, et l'absence d'investissement privé dans les projets innovants conduisent à un recul stratégique majeur qui menace notre souveraineté sanitaire en accentuant la dépendance aux innovations thérapeutiques issues de la R&D étrangère à l'UE, USA et Chine notamment.

3) LA STRATÉGIE ET ACTIONS

3.1 Déployer une batterie d'incitations fiscales en faveur de l'innovation en santé
Le but est de mobiliser une partie du patrimoine financier des ménages français (6600 Md€ d'encours en 2025 ; 1% de ce patrimoine représente plus de 8 fois le plan Santé de France-2030), notamment :

- créer un Plan d'Epargne en Action spécifique à la filière santé ;
- défiscaliser la souscription au capital des TPE/PME en biologie-santé ;
- flécher une fraction de l'assurance-vie vers un fonds d'investissement dédié à la souveraineté en santé ;
- créer une garantie d'Etat au capital investi afin de rassurer les ménages face à la volatilité des investissements dans le secteur santé.

3.2 Sanctuariser et évaluer le Crédit Impôt Recherche (CIR)
Ce dispositif fiscal doit être préservé dans la durée car il permet de réduire significativement le coût de la R&D pour les entreprises, en particulier celui de la charge salariale des personnels de recherche. Dans le domaine de la santé, où les cycles de développement sont longs et risqués, il joue un rôle de filet de sécurité financier et il favorise les collaborations public-privé. Cependant, il doit bénéficier d'une évaluation scientifique rigoureuse de son impact réel sur le développement de projets de rupture dans les entreprises éligibles.

3.3 Financer, rendre autonome et étendre les missions de l'HERA
La "Health Emergency Preparedness and Response Authority" (HERA) se veut l'équivalent de la BARDA (Biomedical Advanced Research and Development Authority) et de l'ARPA-H (Advanced Research Project for Health) qui ont prouvé leur efficacité, notamment dans la crise de la COVID- 19. Pour gagner en efficacité, il est nécessaire que le budget de l'HERA soit très significativement augmenté (actuellement 6 Mds€ pour 5 ans) ; que ses missions soient étendues, notamment pour agir en fonds d'urgence pour des biotechnologies de rupture dont le transfert à l'étranger résulterait en une perte de souveraineté sanitaire de l'Europe ; et que son autonomie stratégique soit totale vis-à-vis de la Commission et des Etats membres.

Publications dans le Bulletin de l'Académie nationale de médecine

Rapport 18-24. La place de la France dans les essais cliniques à promotion industrielle.
Bull. Acad. Natl. Med. 2018, 202 : 837–857.

Rapport 19-01. Pérenniser les centres de ressources biologiques : un enjeu majeur pour la recherche biomédicale
Bull Acad Natl Med 2019, 203 : 2—8

Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : origines et propositions
Bull Acad Natl Med 2019, 203 : 109—121

Rapport 19-05. Contribution à loi de programmation pluriannuelle de la recherche
Bull Acad Natl Med 2019, 203: 394-408

Avis sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires
Bull Acad Natl Med 2021, 205 : 891—895

Rapport 21-06. Réformer la recherche en sciences biologiques et en santé : partie I, le financement
Bull Acad Natl Med 2021, 205:694-702

Rapport 21-07. Réformer la recherche en sciences biologiques et en santé : partie II, l'organisation
Bull Acad Natl Med 2021, 205:703-718

Rapport 21-13. Formation des chirurgiens / des équipes chirurgicales à la chirurgie robot-assistée État de la situation actuelle. Propositions d'améliorations
Bull Acad Natl Med 2022;206:167-78

Rapport 22-08. La recherche en biologie-sante : prospectives
Bull Acad Natl Med 2022, 8:923-930

Refonder la recherche et l'innovation au coeur des Centres hospitalo-universitaires
Bull Acad Natl Med 2023, 207:322-327

Remettre les chercheurs et la science au coeur de l'organisation de la recherche en santé
Bull Acad Natl Med 2023, 207: 961-966

Rapport 23-22. Médicaments anticancéreux onéreux : Disponibilité et soutenabilité économique.
Bull Acad Natl Med 2024 ; 208 : 9-24

Vers une organisation intégrée du financement de la recherche dans les universités : un UKRI à la française
Bull Acad Natl Med 2024, 208 : 52-58

Comment réformer les financements de la recherche hospitalière par les MERRI du ministère de la Santé et de la Prévention
Bull Acad Natl Med 2024, 208 : 414-417

L'évaluation dans la recherche en biologie et santé : état des lieux et perspectives
Bull Acad Natl Med 2024, 208 : 423-427

Pour une éducation des jeunes citoyens à la prévention en santé.
Bull. Acad. Nat. Med. 2024, 208 : 708-719

Rapport 24-06. Lever les freins au développement de la Recherche clinique en France
Bull Acad Natl Med 2024, 208 : 727—742

Rapport 24-01. L'innovation en santé : une action volontariste de l'État face à la complexité de son organisation
Bull Acad Natl Med 2024, 208 : 405-413

Rapport 25-04 de l'Académie nationale de médecine : « La formation médicale initiale »
Bull Acad Natl Med 2025, 209 :630—640.

Rapport 25-10. Les pénuries en médecins spécialistes, hors médecine générale. Pour une territorialisation, de la formation initiale à l'organisation du système de santé.
Bull Acad Natl Med 2025, 209 :1046—1058

Autres références

The future of European competitiveness: Report by Mario Draghi

Plan de rénovation de la recherche biomédicale. A-M. Armanteras et M. Tunon de Lara

France 2030

Rapport charges et produits 2025 de l'Assurance maladie

McGorry et al, 2024 Lancet Commission on youth mental health,

Volume 11, Issue 9P731-774, 2024

Institut de psychiatriei

LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République

Circulaire de janvier 2016 instaurant le « parcours éducatif de santé »

Déclaration commune d'intention entre les Universités, les CHU et l'INSERM 28 novembre 2025, Assises Hospitalo-Universitaires de Nantes

Panorama France Health Tech 2026

GLOSSAIRE

ANR — Agence nationale de la recherche

ARPA-H — Advanced Research Project Agency for Health (États-Unis)

BARDA — Biomedical Advanced Research and Development Authority (États-Unis)

CA — Conseil d'administration

CAS — Compte d'affectation spéciale (financement des retraites des fonctionnaires)

CESP — Contrat d'engagement de service public

CESRESS — Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé

CHU — Centre hospitalo-universitaire

CIR — Crédit Impôt Recherche

CNIL — Commission nationale de l'informatique et des libertés

COMP — Contrat d'objectif, de moyens et de performance

CPP — Comité de protection des personnes

C-RIB — Contrats de recherche et innovation biomédicale

DARPA — Defense Advanced Research Projects Agency (États-Unis)

DRI — Direction de la recherche et de l'innovation

EDS — Entrepôt de données de santé

EPST — Établissement public à caractère scientifique et technologique

ETI — Entreprise de taille intermédiaire

FHU — Fédérations hospitalo-universitaires

H-ARPA — Advanced Research Project Agency for Health (États-Unis)

HERA — Health Emergency Preparedness and Response Authority (États-Unis)

HU — Hospitalo-universitaire

IA — Intelligence artificielle

IHU — Institut hospitalo-universitaire

IRB — Comité d'éthique institutionnel (Institutional Review Board)

LAS — Licence Accès Santé

LMD — Licence-Master-Doctorat

LPR — Loi de programmation de la recherche

MD-PhD — Parcours formant des médecins-chercheurs

MERRI — Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

GLOSSAIRE

MIRES — Mission interministérielle recherche et enseignement supérieur

OCDE — Organisation de coopération et de développement économiques

ONDAM — Objectif national des dépenses d'assurance maladie

ONR — Organisme national de recherche

PCME — Président de la commission médicale d'établissement

PDS — Plateforme des données de santé

PEPR — Programmes et équipements prioritaires de recherche

RGPD — Règlement général sur la protection des données

RHU — Recherche hospitalo-universitaire

SCSP — Subvention pour charges de service public

SIGAPS — Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques

SIGREC — Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques

UE — Union européenne

UFR — Unité de formation et de recherche

UMR, UPR — Unité mixte de recherche, unité propre de recherche



© Magnific — Medium shot doctor talking to patient