

COLLOQUE DE LA CPU

« LA PLACE DE L'UNIVERSITÉ DANS L'HÔPITAL »

8 - 9 mars 2007

PARIS - Université Paris-Descartes - Site des Saints-Pères



SOMMAIRE

PREFACE	3
JOURNEE DU 8 MARS	
ALLOCUTIONS D'OUVERTURE	4
<i>Ouverture des débats de la matinée :</i> <i>« Les hôpitaux universitaires : comparaisons internationales »</i>	10
TABLE RONDE <i>« Les hôpitaux universitaires dans le monde »</i>	14
<i>Ouverture des débats de l'après-midi :</i> <i>« L'université, acteur de la formation aux métiers de la santé »</i>	20
TABLE RONDE <i>« La formation aux professions médicales : sélection, orientation, comment éviter le gâchis humain ? intégration au LMD ? formation au CHU et/ou dans d'autres lieux ? »</i>	23
TABLE RONDE <i>« La formation aux autres métiers de la santé : vers une « universitarisation » de ces formations ? »</i>	32
JOURNEE DU 9 MARS	
<i>Ouverture des débats de la matinée :</i> <i>« La recherche dans le domaine de la santé »</i>	39
TABLE RONDE <i>« La recherche clinique et sa relation avec la recherche fondamentale, les relations de la recherche en santé avec les autres champs de la recherche, les formations doctorales, conditions d'une recherche de qualité »</i>	43
TABLE RONDE <i>« La valorisation de la recherche et le transfert de technologie ; la création d'entreprises ; les plates-formes technologiques »</i>	51
<i>Ouverture des débats de l'après-midi :</i> <i>« L'hôpital universitaire, centre d'excellence »</i>	59
TABLE RONDE <i>« L'hôpital universitaire, centre d'excellence »</i>	62
<i>Conclusion des ateliers</i>	68
<i>Restitution des ateliers</i>	69
<i>Clôture du colloque</i>	73
ANNEXE : liste des participants	74

PREFACE

La Conférence des Présidents d'Université rend publics aujourd'hui les Actes du Colloque – le premier de cette nature – qu'elle a organisé avec le concours de l'Université Paris-Descartes sur le thème de la place de l'Université française dans l'hôpital.

Cinquante ans après la création des Centres Hospitaliers Universitaires, et à l'aube d'une nouvelle réforme universitaire, la Conférence des Présidents d'Université a jugé nécessaire d'ouvrir un espace de dialogue et de débat entre les différents acteurs et partenaires du monde hospitalo-universitaire. Cette démarche part de l'hypothèse qu'en ce début du 21^e siècle, l'université et l'hôpital doivent être les deux partenaires majeurs et responsables d'un service ambitieux et performant en matière de formation initiale et continue dans les domaines de la santé, ainsi qu'en matière de recherche scientifique et médicale dans ces secteurs.

Après des évolutions importantes sur les plans législatifs et réglementaires ces dernières années, s'ajoutant aux évolutions coutumières, il était en effet important de mesurer comment, du point de vue des différentes catégories d'acteurs s'organisait et fonctionnait cette relation hospitalo-universitaire, et quelles étaient les évolutions prévisibles dans les temps à venir. Il était également important de mettre cette problématique en perspective, sur le plan international, en montrant des exemples du fonctionnement de l'hôpital universitaire dans d'autres pays.

Pour cette approche, la CPU a donc fait appel non seulement à ses membres – notamment ceux du groupe Santé¹ – mais aussi à ceux qui font vivre cette relation au quotidien, tant du côté hospitalier (directeurs généraux de CHU, présidents de commissions médicales d'établissement, représentants des différentes professions médicales et paramédicales) que du côté universitaire (doyens et directeurs d'UFR médicales, odontologiques, pharmaceutiques, représentants des personnels et des étudiants). Les autres professions de santé exercées en ville ou à l'hôpital y ont été également associées, notamment pour aborder la problématique de leur formation, dans la perspective d'une universitarisation de celle-ci. Comme il est à souligner également la forte mobilisation de tous nos partenaires ministériels, tant du côté du Ministère en charge de la santé, que de celui de l'enseignement supérieur et de la recherche, notamment au regard de la place déterminante qui est la leur dans l'impulsion et le pilotage des politiques publiques ayant une incidence sur le cadre hospitalo-universitaire.

Les organisateurs du Colloque n'ont pu que se réjouir de la présence de représentants de ces différents partenaires en constatant la qualité remarquable des interventions et des débats qui ont suivi, où la passion du bien public, la franchise, et en même temps la courtoisie dans le dialogue ont prévalu sur la méfiance et la seule défense des intérêts catégoriels. Que tous ces intervenants et participants, en soient remerciés.

On ne peut que souhaiter que ces deux jours de Colloque aient permis de mieux comprendre au delà des routines, l'impérieuse nécessité d'une politique d'excellence, tant en formation qu'en recherche, et sans laquelle le concept de centre hospitalier et universitaire perdrait son sens. Dans ce contexte, l'Université doit assumer totalement ses responsabilités à côté des partenaires hospitaliers et la CPU souhaite que les retombées de ce colloque conduisent à une implication universitaire encore plus grande dans l'hôpital.

Jean-Pierre Finance
Premier Vice-Président de la CPU



1. Le groupe Santé de la CPU s'intéresse aux questions de formation, de recherche et de management dans le domaine universitaire de la santé. Créé à l'initiative du Président Josy Reiffers, ce groupe de travail a pour responsable actuel le Président Jean-François Dhainaut, après avoir été animé précédemment par les Présidents Pierre Daumard, puis Bernard Bégau.

8 MARS

ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

Jean-François DHAINAUT
Président de l'Université
Paris-Descartes - Paris 5



Mesdames, Messieurs, Chers Collègues,

Je vous remercie d'être venus si nombreux à ce colloque dévolu à la place de l'Université dans l'hôpital, sujet sensible puisque dans la définition du C.H. et U., le U représente l'université... Ayant travaillé de nombreuses années à l'hôpital ainsi qu'à l'université, il m'est apparu que l'université, et pas seulement par ses composantes médicales, pouvait jouer un rôle important dans l'hôpital. Au cours de cette réunion, nous comparerons notre situation à celle de nos voisins francophones, puis nous réfléchirons aux sujets qui sont au cœur de nos préoccupations – la formation, la recherche – pour trouver ensemble la voie de l'excellence.

Je voudrais remercier tous ceux qui ont rendu possible cette manifestation, et ceux qui ont assuré la mise en place de son organisation. J'espère qu'alors que vous êtes venus très nombreux, nous saurons être à la hauteur de vos aspirations, et que nous serons en mesure de répondre à la majorité de vos questions.

Bienvenue, donc, à l'Université Paris-Descartes, et merci à la Conférence des Présidents d'Université de nous avoir fait confiance pour organiser ce symposium.

Alain L'HOSTIS
Maire adjoint de Paris
chargé de la santé
et des relations avec l'Assistance
Publique-Hôpitaux de Paris



Le sujet qui nous rassemble aujourd'hui est fondamental pour l'avenir de nos CHU, pour la qualité de notre système de soins et pour la place de la médecine française dans le monde. Le premier dossier que j'ai eu à impulser en 2001, en rejoignant la Présidence du conseil d'administration de l'AP-HP, portait sur le plan stratégique de l'institution et le principal débat de fond avait alors porté sur ce qui fait la spécificité d'un CHU, c'est-à-dire sa double qualification hospitalière et universitaire. Les CHU font l'objet d'une très forte sollicitation pour les soins de proximité, à la demande de la population, notamment pour les services des urgences.

Certains médecins estimaient que la part prise par les soins de proximité par rapport aux soins de recours et de référence était devenue trop importante et provoquait des difficultés de fonctionnement mettant en péril la spécificité de nos CHU. Après des débats nourris, nous avons néanmoins décidé de réaffirmer la double mission de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris : la médecine de pointe, et les soins de proximité, avec un égal souci de l'excellence. Ces deux volets ne sont nullement antagoniques, bien au contraire. L'esprit universitaire et l'esprit de recherche sont bénéfiques à la fois pour les patients et pour les professionnels de santé. C'est en irriguant l'ensemble des services de ces deux dimensions que nous réussissons à rendre de nouveau attractifs nos hôpitaux et notamment les disciplines les plus désertées.

Une fois posés ces fondamentaux, où en sommes-nous dans les relations de l'AP-HP avec les universités ? Le conseil d'administration de l'AP-HP se réunira demain pour autoriser la Direction générale de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris à signer une convention avec l'Université Paris VII. Il s'agira de la deuxième convention que nous signerons après celle que nous avons paraphé en juillet dernier avec Paris VI Pierre et Marie Curie. Depuis plus de 40 ans, la vie commune entre l'Assistance Publique et l'Université s'était construite de manière informelle à travers des arrangements élaborés au fil du temps, et des conventions parcellaires, permettant de gérer le quotidien. Si une telle façon de fonctionner a pu avoir des avantages, les défis auxquels nous devons répondre nous imposent de passer à un braquet supérieur. Nous avons aujourd'hui besoin de formaliser nos liens afin de les rendre plus dynamiques et d'harmoniser nos stratégies pour mieux remplir la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche qui est celle du CHU.

Nous sommes confrontés à deux défis majeurs : la crise de la démographie médicale, et la place de la recherche française, à laquelle s'ajoute la nécessité d'accélérer le transfert des résultats de la recherche vers les soins.

L'enseignement, d'abord. Après avoir verrouillé pendant de nombreuses années le *numerus clausus*, prétendant à tort qu'en réduisant l'offre de soins nous diminuerions la demande de soins, nous devons aujourd'hui former dans l'urgence de jeunes médecins pour remplacer ceux du baby-boom qui prendront prochainement leur retraite, mais aussi pour tenir compte de l'évolution culturelle des nouvelles générations vis-à-vis du temps qu'elles sont prêtes à consacrer à leur travail. Certes, le *numerus clausus* a été récemment augmenté mais cette décision ne servira à rien si un certain nombre de spécialités continuent à être menacées. Comment remporter la bataille contre le cancer si nous ne formons plus d'oncologues ? Résoudre cette équation passe par la mise en place d'outils communs d'analyse prospective des besoins de santé et de l'évolution démographique des professionnels formés, et plus encore par une harmonisation des stratégies de l'Assistance Publique et de l'Université. Nous devons nous coordonner davantage tant sur le sujet des effectifs par spécialité que sur les terrains de stage et sur les moyens d'articuler et d'adapter les volets théoriques et cliniques de la formation des médecins.

La recherche, ensuite. Nous savons tous que la recherche sera déterminante pour permettre à la France de demeurer sur la liste des pays les plus développés. En cette période pré-électorale, cette question devrait être au centre du débat politique. Comme le disait récemment le professeur Fischer dans *Les Echos*, « un enseignement supérieur et une recherche de grande qualité font partie de l'aventure culturelle d'un pays ». L'AP-HP est aujourd'hui impliquée dans d'importants projets associant de multiples acteurs et de multiples financeurs (universités, Inserm et autres organismes, collectivités territoriales, etc.). La Ville de Paris est, y compris financièrement, impliquée dans la plupart de ces projets, tels que ceux de l'hôpital Georges Pompidou en voie d'achèvement, de l'hôpital Tenon qui vient de s'achever, de l'Institut du cerveau et de la moelle à la Salpêtrière, de l'Institut Imagine à Necker... Face à ces projets d'envergure, il est devenu indispensable de se doter d'outils pour faciliter leur mise en œuvre, d'où l'utilité d'une convention hospitalo-universitaire qui mette à plat l'ensemble des problèmes de patrimoine, et établisse la mise en commun des règles du jeu pour l'avenir. Ce travail doit nous permettre de réduire le temps et l'énergie perdus sur les sujets d'intendance pour nous concentrer sur les objectifs et les véritables enjeux que sont le progrès médical, la place de l'Ecole de Paris et celle de la recherche française.

Nous assistons parallèlement à l'émergence d'un foisonnement de nouvelles structures : GIP, Cancéropôle, neuropôle, CTRS, etc. Ainsi, pour fédérer ce qui hier était dissocié, on multiplie aujourd'hui les structures transversales. On voit bien l'intérêt de ces montages en termes d'affichage et de convergence des financements sur certaines thématiques. Cependant, prenons garde à ce que la prolifération de ce type de structures n'aboutisse à une complexité de gestion accrue et surtout à un fractionnement abusif et artificiel de la recherche, à une dilution de l'action et finalement à une perte de visibilité. Ce dont l'hôpital a besoin, ce sont de véritables partenaires. La Ville de Paris, avec son maire Bertrand Delanoë, est prête à être l'un de ces partenaires. Il nous faut un service public hospitalier fort et des universités puissantes. Le binôme université-hôpital doit être cohérent et soudé. Il doit être musclé pour faire face aux enjeux scientifiques, économiques et de santé. Il doit également avoir plus de visibilité. Son potentiel de recherche doit être mieux identifié. Il doit s'affirmer avec plus de vigueur face aux décideurs publics, au monde scientifique et au secteur industriel. Nous avons beaucoup d'atouts, en particulier ce continuum qui existe entre soins, enseignement et recherche. « *Ce continuum est l'une des forces du modèle français qui n'existe nulle part ailleurs* » affirme le Professeur Fischer. C'est en s'appuyant sur ces atouts, en développant ce potentiel mais aussi en reconnaissant budgétairement une véritable priorité à la recherche aux sciences de la vie qu'il nous sera possible de continuer la grande aventure du progrès médical par laquelle l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et notre pays se sont toujours distingués.

Jean-Pierre FINANCE
Premier Vice-Président de la CPU



Bienvenue à toutes et à tous, et merci à tous les participants présents d'avoir répondu à notre invitation ; je crois effectivement que cette réunion est une réunion importante, et j'espère que les échanges que nous aurons, les propositions qui pourront en émaner seront utiles à la construction du dispositif universitaire et hospitalo-universitaire français du futur.

Je remercie très chaleureusement l'Université Paris-Descartes pour son implication très concrète dans la mise en place de ce colloque ; et je remercie Jean-François Dhainaut et l'ensemble des collègues présidents d'université qui ont sous sa férule élaboré le programme, et donné ainsi toute l'ampleur que mérite ce sujet. L'idée de ces journées vient d'une interrogation qui s'est manifestée dans la CPU, présente ces dernières années, mais qui s'est concrétisée au cours des derniers mois : celle de l'importance du secteur santé au sein de l'ensemble des universités, à la fois de façon explicite, puisque nous avons des composantes dédiées à la santé, mais aussi de façon implicite, puisque peu ou prou la plupart des composantes universitaires sont concernées par la santé, aussi bien en formation qu'en recherche. A partir de là, pourquoi ne pas lancer, à côté des colloques thématiques annuels de la CPU, en travaillant dans le contexte universitaire et avec les partenaires hospitaliers, une réflexion commune ?

Cette réflexion concerne un secteur très important, et original, dans l'université : c'est vrai que la santé : médecine, pharmacie, odontologie, est l'un des secteurs de professionnalisation fort, offert par l'université. De manière trop superficielle et partisane, on parle souvent d'une université peu préoccupée de l'avenir de ses étudiants et de leurs débouchés professionnels. Je crois pourtant que nos formations médicales sont la preuve vivante et séculaire de l'implication universitaire dans la formation professionnelle. La santé est également un secteur où il existe une interaction, parfois ténue et très dépendante du lieu, entre recherche cognitive (ou recherche fondamentale), et recherche clinique. Et puis des aspects de santé universitaire sont liés à l'internationalisation. Nous savons en effet combien la plupart de nos facultés de médecine ou de pharmacie sont impliquées dans des développements internationaux, mais aussi dans des projets de transfert de technologies et de valorisation de la recherche, domaine dans lequel existent de grandes marges de progression. La santé présente aussi la caractéristique d'être en relation avec un partenaire composé d'un autre type d'établissements publics, avec lequel elle doit avancer dans une démarche de co-développement université/monde hospitalier. Même dans le domaine de la technologie et de l'ingénierie, nous n'avons pas ce rapprochement aussi étroit entre le monde de la profession, et celui de la formation et de la recherche publique.

Nous aborderons de nombreuses questions au cours de ce colloque. Certaines sont liées à l'actualité ou au contexte temporel immédiat. Je pense notamment aux questions de formation, d'accès aux études, avec la prise en charge par l'Université, au-delà des secteurs traditionnels, d'autres secteurs : le paramédical, la maïeutique, dans l'Université ou en collaboration avec elle. D'autres questions concernent plus spécifiquement la recherche clinique, soutenue par des financements spécifiques, et les autres activités de recherche, en biologie et dans d'autres domaines plus fondamentaux, où l'on voit bien que le développement de l'un ne va pas sans une interaction forte avec l'autre.. D'autres encore portent sur la nécessaire interaction entre santé et d'autres champs universitaires, car on ne peut sans doute pas faire de réels progrès dans le domaine de la santé si nous n'associons pas à nos travaux des spécialistes de l'ingénierie, des experts des nanosciences, des économistes, des juristes, des spécialistes des sciences humaines. Car nous avons la responsabilité de construire des projets pluridisciplinaires ambitieux, plaçant la France dans un contexte de santé innovante.

Ce colloque doit nous permettre d'engager une réflexion approfondie sur le renforcement de la place de la santé dans le monde universitaire.



Cette réflexion s'inscrit dans le cadre plus large des travaux menés par la CPU sur le futur de l'Université française, laquelle doit être une Université rénovée, innovante et modernisée. Ce colloque doit aussi permettre d'engager un dialogue sur l'articulation entre l'Université, dans toutes ses composantes (celles qui sont dédiées à la santé, et les autres), et le monde hospitalier, afin qu'universités et hôpitaux puissent faire plus et mieux ensemble. Cette articulation est pour moi tout à fait centrale, dans le développement de nos universités.

Sans aucun doute, les Présidents d'université reconnaissent le caractère stratégique de la santé dans le monde universitaire dont ils ont la responsabilité. Les enjeux sont énormes pour la France : comment positionner notre pays comme un leader en matière de santé, en terme de formation, de recherche, de qualité des soins et de santé publique ? Nous avons des progrès à accomplir, en s'appuyant notamment sur la pluridisciplinarité. Nous formons le vœu que ce colloque nous permette de construire cette ambition, et de nous emparer de ces questions pour œuvrer dans une direction commune.

Monsieur Goulard, ministre délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche, ne pourra être présent parmi nous ce matin, pris par les contraintes de sa charge. Il nous adresse le message suivant que je me permets de vous lire.

« Au moment où vous commencez vos travaux, je voudrais vous faire part de quelques-unes de mes réflexions sur le sujet que vous abordez. Ces réflexions portent sur la formation des professionnels, d'une part, et sur la recherche, sources de progrès médical, d'autre part.

S'agissant de la formation des professionnels, je voudrais redire combien l'interaction des missions de soins, d'enseignement et de recherche me paraît contribuer à la qualité de la formation professionnelle. Ainsi, les principes de la réforme voulue, il y a bientôt 50 ans, par le Professeur Debré, ne me semblent pas devoir être remis en cause même si des évolutions paraissent aujourd'hui nécessaires. C'est en grande partie à ces principes que nous devons la qualité de notre médecine.

L'université et l'hôpital, ou plus généralement l'université et le monde de la santé, doivent poursuivre leurs efforts conjugués et contribuer à élargir progressivement leur offre de formation à l'ensemble des professionnels du domaine. Il s'agit en l'occurrence de s'assurer de la bonne convergence des parcours universitaires et professionnels qui doivent permettre d'obtenir les diplômes sanctionnant une formation et autorisant l'exercice professionnel, et pour ceux qui en ont le goût et la capacité, à suivre un parcours universitaire.

C'est le sens de l'initiative que j'ai prise avec Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, en entamant une réflexion au terme de laquelle les formations de santé s'intégreront, elles aussi, au processus de Bologne. Cette évolution offre d'intéressantes perspectives en permettant notamment la réinvention des cursus et l'ouverture de passerelles interprofessionnelles. Elle doit également ouvrir de nouvelles perspectives de carrière et la mise en place de nouveaux métiers. Je souhaite donc que les travaux entamés se poursuivent de façon accélérée, aussi bien pour les professions médicales et pharmaceutiques que pour les professions paramédicales. C'est l'un des thèmes de votre réunion : je m'en félicite.

Avec le concours des équipes universitaires et de celles des organismes de recherche, notamment de ceux dont l'activité est plus particulièrement dévolue à la santé, il convient de poursuivre les efforts de développement de la recherche avec le souci d'associer étroitement recherche fondamentale et recherche clinique pour faire bénéficier le plus rapidement possible les malades du progrès de la connaissance et des innovations thérapeutiques qui en résultent. A cet égard, les centres hospitaliers et universitaires sont, avec les établissements et les professionnels qui leur sont liés, un lieu privilégié de développement de la recherche clinique. Ils ont vocation dans ce cadre à valoriser le fruit de la recherche avec le concours de notre industrie.

Le gouvernement a pris à cet égard des dispositions concrétisées par la loi sur la recherche d'avril dernier et par l'ordonnance hospitalière de mai 2005 qui comporte, rappelons-le, un volet consacré spécifiquement aux CH et U et à ses missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation.

De façon concrète, aux créations d'emploi intervenues en nombre significatif, se sont ajoutées les contributions financières apportées par l'ANR. L'agence a fortement contribué au financement du progrès intéressant la santé. Tout récemment, la création des RTRS, qui revêtent la forme de fondations de coopération scientifique, a apporté de nouveaux moyens à la recherche biomédicale.

Je souhaite que vos travaux permettent de dégager les nouvelles conditions qui permettront à l'université et à l'hôpital ainsi qu'à leurs partenaires, dans le cadre des dispositions spécifiques qui régissent leur coopération, de poser les conditions d'une formation professionnelle mieux adaptée et d'une recherche plus performante. Il me semble important d'inscrire vos réflexions dans le cadre interrégional qui réunit les institutions concernées. Le mouvement largement amorcé de la constitution de PRES ne peut que faciliter cette approche. Sur ce point comme sur tous les autres, je serai bien entendu attentif aux propositions que vous pourriez formuler. »

Jean-Marc MONTEIL
Directeur général
de l'enseignement supérieur



Avec les PRES, nous sommes désormais entrés dans une logique de coopérations. Ces structures coopératives font taire les compétitions stériles car leur première vertu est de s'opposer à la compétition locale. En revanche, elles vont nous permettre de nous inscrire dans des espaces organiquement liés et susceptibles de faire face plus efficacement à la compétition internationale. Elles présentent aussi l'avantage de prendre en compte la diversité : la diversité des approches, la diversité des formations, la diversité des disciplines scientifiques, la diversité institutionnelle. Cette diversité est un fait. En effet, même si toutes les universités sont largement régies par le même dispositif législatif, elles présentent de grandes différences. Il existe ainsi des UFR et des instituts dérogatoires. On pourrait penser que cette diversité est un handicap considérable ; je pense plutôt que c'est une chance, dès lors que nous nous inscrivons dans une dynamique de coopération et de développement, et que nous recherchons **l'harmonisation de notre système plutôt que son homogénéisation**. Au sein de cette diversité, nous pouvons mettre en place des processus de différenciation et, dans la coopération, il y a aussi probablement une autre forme d'organisation de la division du travail. En effet, force est de reconnaître qu'il n'existe, aujourd'hui, aucune institution capable de répondre à elle seule à toutes les exigences auxquelles elle est soumise. Et lorsqu'elle s'attache à le faire sous une forme de type insulaire, elle échoue à atteindre ses objectifs. Dès lors, la coopération n'apparaît pas comme une pétition de principe mais comme une nécessité absolue. Nous ne pouvons pas plaquer une réponse homogène à des questions, par définition, hétérogènes car, dès lors, les problèmes deviendraient contingents à la structure. Il nous appartient par contre de trouver les outils qui permettent d'installer cette coopération. Certains ont déjà été mis en place, avec notre soutien, mais ce ne sont pas les seuls. Tous ne sont pas également pertinents mais ils présentent néanmoins l'intérêt d'avoir fait « bouger les lignes ». Il faut aussi souligner que ce sont les acteurs eux-mêmes qui se sont engagés dans ces démarches coopératives.

Je voudrais insister sur un point. Quel que soit notre espace d'intervention, qu'il s'agisse de répondre à des besoins de santé, à des nécessités de recherche ou à des nécessités de formation, nous avons un besoin absolu de pluridisciplinarité. Ce besoin n'est pas réduit au seul champ des sciences et de la technologie. Ces autres dimensions sont déjà prises en compte mais elles le sont aujourd'hui de manière marginale voire dérivée ou réactive. Pourtant peut-on raisonnablement envisager que l'espace juridique soit absent de notre réflexion ? Peut-on envisager

que l'espace économique soit absent également ? Peut-on envisager qu'une partie des sciences humaines en soit absente ? Si la France veut jouer un rôle efficace dans la formation des cadres des pays en développement pour résoudre des problèmes de santé - par nature universels - nous devons engager dans un co-développement, ce qui suppose, pour que le dialogue soit fructueux, d'avoir une connaissance précise de la culture de leurs ressortissants. Pourtant, l'histoire est cruellement absente de nos cursus de formation en santé, et ceci risque d'instaurer certains malentendus dans le compagnonnage que nous devons mettre en œuvre entre la France et les ressortissants de ces autres pays. Si nous avons en revanche une connaissance fine de la civilisation dans laquelle baignent nos partenaires, alors nous pourrions avoir une représentation qualifiée de leurs attentes et de leurs comportements, et nous serons mieux armés pour construire cette nécessaire relation d'expertise et d'échange. Aujourd'hui, cette dimension culturelle est absente de nos formations. Si bien que nous continuons de penser exclusivement dans nos propres cadres culturels, supposant que l'objectivité des sciences et la technologie suffit à instaurer le dialogue.

Au-delà de la formation scientifique et technique, évidemment indispensable, il faut donc créer des interactions beaucoup plus fortes entre les différents dispositifs chargés de former et de conduire les pratiques de recherche. Nous devons entrer dans des espaces de complémentarité où la division du travail sera d'abord organisée sur la base des finalités des dispositifs. Nous devons définir des espaces d'interactions qui seront mobilisés pour que les finalités spécifiques soient parfaitement remplies. Le moment est venu d'aborder ces questions avec un regard moins disciplinairement centré.

Il est capital que nous nous inscrivions dans la formation continue avec une logique contractuelle. La formation continue est essentielle parce qu'elle permet d'interroger les formations initiales, et parce qu'elle suppose une actualisation des connaissances des formateurs. Pourtant, l'actualité scientifique, chez ces formateurs qui accompagnent les parcours professionnels de leurs pairs, reste extrêmement faible. Il est nécessaire d'inscrire sa pratique dans une correspondance avec ceux qui mènent une recherche plus fondamentale. Cependant, peut-on demander à un chirurgien, continuellement en salle d'opération pour sauver la vie de ses patients, de mener des travaux de recherche ? Nous devons imaginer un compagnonnage, qui permettra de donner à ce chirurgien des connaissances qualifiées et renouvelées, dans la pratique de la science et de ses applications. Un tel modèle pose aussi la question de l'égalité de dignité de l'expertise scientifique et de l'expertise pratique, alors que nous savons pertinemment qu'il existe des hiérarchies explicites et implicites, comme celle qui existe entre enseignement et recherche. Sont-elles d'égalité de dignité ? Chacun affirme que oui, mais pense souvent le contraire. Nous avons besoin d'instaurer la complémentarité sur un modèle de compagnonnage pour lutter contre l'obsolescence qui progresse à la même vitesse que les évolutions technologiques et scientifiques. Nous avons changé d'ère : la coopération est maintenant nécessaire, parce que la pression externe est extrêmement forte sur le marché de l'intelligence, de la compétence et de l'expertise. Cela doit nous conduire à réfléchir à notre organisation, sur la base des contenus et des pratiques, et non sur la seule base des espaces juridiques qui organisent aujourd'hui nos institutions.



LES HOPITAUX UNIVERSITAIRES : COMPARAISONS INTERNATIONALES

Benoît LECLERCQ
Directeur général
de l'Assistance Publique
Hôpitaux de Paris



Je voudrais, avant de laisser la parole au Professeur Flahault, rappeler en tant que directeur général de l'AP-HP – quatrième CHU que je dirige – l'intérêt et l'importance des liens entre l'université et l'hôpital. Les défis que nous devons relever sont considérables, tant en termes de formation que de recherche. Les questions relatives aux effectifs et à l'affectation des postes sont des questions structurantes pour l'avenir des universités et des hôpitaux. Ces derniers doivent renforcer leurs synergies dans le domaine de la recherche et se mettre en position de répondre aux grands enjeux nationaux de santé publique : cancéropôles, pôles de compétitivité, CRTS ; sans compter le soutien très significatif qu'apportent les CHU, sur leurs propres ressources, à la recherche clinique. Les relations internationales constituent un autre vecteur de la coopération entre hôpitaux et universités, au profit des pays émergents. Nous devons mettre en place un cadre d'échanges qui autorise une relation coordonnée et efficace sur le plan stratégique. Nous pouvons y travailler dans le cadre des contrats de plan Etat/Région en définissant des politiques coopératives avec les universités, mais aussi avec les EPST. L'actualisation des conventions hospitalo-universitaires doit aussi nous permettre de mieux tisser nos liens, en affichant nos objectifs communs, et les moyens que nous apportons. Sur tous ces sujets, les directions exécutives des CHU s'impliquent fortement.

A un an du cinquantième anniversaire de la réforme Debré, nous avons tous conscience que des évolutions sont nécessaires et que des ajustements sont indispensables, mais nous mesurons tout ce que cette réforme a apporté aux patients et à la santé publique en France, combinée avec le progrès technique. L'exposé du Professeur Flahault s'inscrit dans cette perspective de progrès.

Professeur des universités-praticien hospitalier en santé publique à l'Université Pierre et Marie Curie, vous dirigez un service hospitalier de santé publique de l'Hôpital Tenon de l'AP-HP, et vous dirigez également une équipe de recherche (UMRS 707 de l'INSERM). Vos thèmes de prédilection sont la bio-statistique et l'épidémiologie clinique, les réseaux sentinelles et le dépistage des cancers. Vous êtes aussi chargé par le Premier ministre d'une recherche particulière sur le chikungunya. Par ailleurs vous avez été directeur d'un centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance électronique des maladies. Et depuis le 1^{er} janvier 2007, vous êtes chargé de la mise en place de cette toute nouvelle Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Antoine FLAHAULT
Directeur de l'Ecole
des Hautes Etudes en Santé Publique



Paris, 8 et 9 mars 2007

Les grands établissements, comme les universités, font partie de la grande famille des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. Parmi les grands établissements, on peut citer par exemple le Collège de France, l'EHESS, l'Université Paris Dauphine. L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) en est un nouveau, né de la loi du 9 août 2004, et du décret du 7 décembre 2006. Elle a pour particularité de compter quatre tutelles (Santé, Affaires sociales, Education, Recherche). Outre ses missions de formation au management, à l'inspection et au contrôle dans les domaines sanitaires et sociaux et médicosociaux, qui sont déjà assurées depuis 45 ans à Rennes dans le cadre de l'Ecole nationale de la santé publique, l'EHESP délivrera un enseignement supérieur en santé publique en réseau avec les organismes publics et privés et les grandes universités. Elle contribuera également aux activités de recherche en santé publique, et elle développera des relations internationales dans tous ses domaines de compétences.

Les ministres de tutelle ont souhaité que l'EHESP devienne une école de santé publique aux standards internationaux. Aux Etats-Unis, c'est par l'accréditation que l'on détermine les écoles de santé publique et non par la loi comme en France.

L'organisme qui délivre ces accréditations aux 39 écoles de santé publique qui existent dans ce pays est le Council of education for Public Health (CePH). Pour obtenir cette accréditation, l'établissement candidat doit proposer un Master en santé publique dans cinq spécialités (biostatistiques, épidémiologie, santé et environnement, management de la santé, sciences humaines et sociales) mais aussi proposer trois filières doctorales actives dans ces cinq spécialités (et prouver que l'on produit des docteurs). Sans ces deux conditions, un établissement ne peut être accrédité. Pour établir une comparaison, prenons l'exemple de deux prestigieuses Schools of Public Health américaines : la Harvard School of Public Health et la Johns Hopkins School of Public Health (j'aurais pu en citer d'autres, comme Columbia par exemple). Ces établissements sont richement dotés avec un budget de 248 millions de dollars par an pour Harvard et de 330 millions de dollars pour Johns Hopkins. Pour sa seule école de santé publique, comptant environ mille étudiants, Harvard SPH compte 910 salariés (moitié enseignants-chercheurs, moitié autres employés). Ces écoles affichent des départements communs mais présentent aussi des spécificités. Outre un tronc commun de disciplines, Harvard et Johns Hopkins s'intéressent à la santé internationale ; d'autres s'intéressent plus particulièrement à l'immunologie et aux maladies infectieuses, à la microbiologie ou aux maladies génétiques.

D'autres exemples prestigieux peuvent être cités plus près de nous. C'est le cas de la London School H&TM doté d'un budget de 100 M€, avec 850 étudiants et 729 employés. Quant à elle, l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) de Rennes est dotée d'un budget annuel de 53,5 M€. Avec 290 employés permanents (hors conférenciers), elle accueille 1 100 étudiants en formation initiale dans trois départements et dix filières, concernant le management hospitalier ou liées aux politiques sanitaires et sociales. Aujourd'hui, ni l'ENSP ni l'EHESP ne pourraient recevoir l'accréditation nord-américaine. Il faudrait pour cela délivrer des masters pendant au moins 5 ans, avant d'espérer recevoir le tampon du CePH...

Que sera l'EHESP dans cinq ans ? Si c'est aux instances compétentes qu'il appartiendra d'en débattre, nous pouvons néanmoins dire que l'EHESP devra répondre à ses quatre missions, qu'elle devra répondre aux standards internationaux, et qu'elle devra être dotée à la hauteur de ses ambitions, tant en fonds publics qu'en fonds privés. En tant qu'administrateur provisoire de l'EHESP, je souhaiterais qu'elle puisse accueillir des chaires de base dans cinq domaines (biostatistiques et systèmes d'information, épidémiologie, environnement et travail, management de la santé, sciences humaines et sociales). Des chaires spécifiques pourraient concerner la prévention, le dépistage des maladies dégénératives et chroniques, l'éducation à la santé, la santé internationale, la santé mentale, les soins infirmiers, les soins de santé primaire, pour lesquels nous avons



beaucoup à apprendre du modèle anglo-saxon. Je proposerai également que l'EHESP puisse accueillir des centres très interdisciplinaires notamment un centre d'analyse et de régulation du risque sanitaire : dans un pays qui a inscrit dans sa Constitution le principe de précaution, il est paradoxal que nous n'avons pas de cursus académique de grande qualité dans ce domaine. Peut-être sera également proposé de traiter des problèmes sanitaires dus aux changements climatiques, à l'urbanisation, aux maladies émergentes.

L'EHESP devra proposer une offre de formation d'excellence et interdisciplinaire. Je pense que l'école de Rennes peut s'imposer en Europe dans une formation d'excellence dans le domaine du management de la santé, de l'inspection et du contrôle. L'école d'ingénierie sanitaire de l'ENSP pourrait également progressivement s'imposer dans le domaine de l'environnement et de la santé. Il nous faudra aussi coordonner, renforcer et fédérer la santé publique au niveau LMD, en commençant par structurer les doctorats et les masters (chronologie « DML »). Nous pourrions envisager de créer un master « biface », c'est-à-dire un master classique et une face « executive », comme il existe des Executive MBA dans le domaine management qui permettent à des professionnels d'accélérer leurs carrières et de bénéficier d'une formation complémentaire de haut niveau. Ce master permettrait de former un vivier de talents dans lequel nous pourrions puiser pour choisir nos futurs directeurs d'agence et responsables de santé publique. Ce master devrait être bilingue, et accueillir des étudiants étrangers, aussi bien des pays du nord que des pays du sud.

L'école de Rennes dispose d'un socle de 74 postes en équivalent temps plein. L'Education nationale nous a annoncé trois créations de postes de professeurs cette année. Cependant, alors que notre structure est en construction, nous pourrions nous calquer sur le modèle adopté par Sciences Po en proposant sur ces postes des affectations *visiting professors*, ce qui permettrait d'accueillir des experts internationalement reconnus pour y dispenser des enseignements de très haut niveau. Sa structure de grand établissement doit aussi permettre à l'EHESP d'attirer des chaires privées mais aussi des chaires publiques, notamment des agences sanitaires. Cet établissement pourrait créer à terme des unités mixtes avec de grands organismes de recherche et des universités. Nous devons aussi renforcer le socle de l'ENSP et plusieurs de nos chaires de base pourraient être situées à Rennes, par exemple, (management de la santé, santé et environnement, sciences humaines et sociales). Parmi les atouts, il y a à Rennes un campus à l'américaine, magnifique, de 9 hectares. Il ya une alumna d'anciens élèves de l'ENSP qui soutient vigoureusement le projet.

Dans dix ans, nous pouvons rêver de dépasser le modèle du Harvard à la française. Nous pourrions imaginer un modèle basé sur des maisons de santé publique, situées au cœur de nos villes, permettant de réconcilier la médecine de soins et la médecine de santé publique. Dans ces lieux, nous pourrions animer des conférences ouvertes au grand public sur des grands thèmes de santé publique. L'EHESP se fera avec vous ; alors que la santé publique devient l'une des préoccupations principales de notre société, il est indispensable de développer ce grand établissement et de l'ouvrir à l'international. Nous devons aller chercher les meilleurs étudiants et les meilleurs enseignants-chercheurs mais aussi nous devons bâtir ce modèle sur les expériences les plus abouties et les plus réussies de formation et de recherche, notamment sur le modèle des UFR de médecine qui proposent une formation professionnelle en alternance de très haut niveau alliant l'université et l'hôpital, mais aussi sur le modèle des grandes écoles et des grands établissements.

Pierre-Yves HENIN
Président de l'Université Paris I
Panthéon-Sorbonne

J'ai beaucoup d'estime pour l'ambition que vous portez, cher collègue, mais je ne peux que regretter l'option prise par la France de réaliser ce projet en dehors de l'université. De ce point de vue, tout en admirant votre dynamisme, j'exprime mon profond regret voire ma profonde consternation.

Albert-Claude BENHAMOU
Président de l'Université médicale
virtuelle francophone

Comment cette nouvelle structure organisera-t-elle sa coopération avec les autres universités françaises, et permettra d'améliorer la formation de nos étudiants dans les disciplines en question ?

Antoine FLAHAULT

Nous devons relever avec vous le défi de la collaboration avec les universités. L'EHESP se développera en réseau. Par exemple, ce n'est pas à l'EHESP qu'il reviendra de mener toute la recherche en santé publique alors que les universités, mais aussi les organismes de recherche conduisent déjà actuellement 85 % de cette recherche. De la même manière, tout l'acquis que constituent les masters spécialisés et les instituts universitaires dans le domaine de la santé publique – il existe des instituts tout à fait remarquables comme celui de Bordeaux 2 (ISPED) dirigé par Roger Salamon, très orienté vers l'international - ne va pas disparaître parce que l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique va prendre son essor. L'EHESP se reposera sur le socle de l'Université. De plus, il faut aussi rappeler que le statut d'EPSCP est un statut universitaire. La santé publique n'est donc nullement en dehors de l'université. Au contraire, nous sommes en train de mettre l'école de santé publique à l'intérieur de l'université, alors qu'elle ne l'était pas.

Aux Etats-Unis, il existe deux écoles - la School of Public Health et la School of Medicine – et ces deux écoles n'ont pas la même vocation. A côté des écoles vouées à la santé publique de très haut niveau, la faculté de médecine a besoin d'enseignements et donc de professeurs en santé publique. Il faut donc conserver une formation généraliste de santé publique, et une recherche de santé publique de très haut niveau. Or cette recherche ne se limite pas à la seule discipline médicale (et dans celle-ci uniquement à la 46^e section du CNU), elle est pluridisciplinaire et englobe l'économie, le droit, les sciences humaines. Ainsi, il ya des gens qui travaillent sur des thèmes comme droit et pandémie, ou droit et bioterrorisme.

Benoît LECLERC



Le débat sur la création de l'EHESP en dehors du cadre universitaire classique ne doit pas être rédhibitoire ; je retiens qu'au contraire on fait rentrer l'école de Rennes dans le cadre universitaire. Dans ma fonction, je ne peux que souligner que c'est par le lien avec l'hôpital que l'on créera un modèle coopératif, avec l'EHESP, les universités, et les EPST.



LES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DANS LE MONDE

Première table ronde

La table ronde est modérée par **Dominique DEVILLE de PERIERE**, Présidente de l'Université Montpellier 1

Participent à cette table ronde :

Alain CORVEZ, Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation du Languedoc-Roussillon

Peter SUTER, Président de l'Académie Suisse des Sciences Médicales

Jean-Louis VANHERWEGHEM, Professeur, Président du Conseil d'administration de l'Université libre de Bruxelles

Alain BEAUDET, Président directeur général du Fonds de la recherche en santé du Québec



Dominique DEVILLE de PERIERE



Alain CORVEZ

Pour éclairer nos prochains échanges, je souhaiterais poser quelques questions à nos intervenants qui viendront exposer les modèles établis dans trois grands pays francophones.

Le C.H. et U. est-il un modèle imposé ou un modèle à imposer ? Est-ce le résultat d'une tendance spontanée vers l'excellence ? Vers quelles tendances nous dirigeons-nous ? Allons-nous vers un modèle de « clusterisation », comme à Montréal ? Allons-nous plutôt vers une organisation réticulaire, inspirée du modèle suisse ? Existe-t-il une place pour des configurations en mosaïque, combinant fonctions universitaires et non universitaires ?

Ensuite, le contenu : notre modèle de C.H. et U. est-il spécifique ? Souvent, nous le revendiquons comme tel, mais nous déplorons aussi une perte de cette spécificité sous le poids de la demande en soins de proximité. Faut-il activer ou réactiver cette spécificité ? Au-delà, existe-t-il une universalité du modèle ? Ce modèle universel comporte-t-il nécessairement les trois missions assignées au modèle français (soins, enseignement, recherche) ? Faut-il ces trois dimensions simultanément ou en séquence ? Faut-il introduire de nouvelles dimensions ? Par exemple, au Québec, à ces trois dimensions s'en ajoutent d'autres, en particulier la prévention et la promotion de la santé. Nous pourrions également envisager d'y introduire la gouvernance et l'organisation.

Sous l'angle de l'aménagement du territoire, dans un pays où, grâce notamment aux dessertes par TGV, 60 % des français vont être bientôt à deux heures de Paris, quel va être le modèle d'organisation et de coopération que nous pourrions concevoir aujourd'hui ?

J'espère que les témoignages de nos trois invités permettront de répondre à ces différentes questions.



Alain CORVEZ



I- LE MODELE BELGE

Jean-Louis VANHERWEGHEM

Commençons par rappeler qu'en Belgique, les responsabilités sont réparties entre des entités différentes : Etat, Communautés, Régions. De par sa structure fédérale, l'Etat a la charge des affaires sociales, de la santé publique, de l'assurance-maladie et du financement des hôpitaux, tandis que les communautés ont la charge de l'enseignement, des universités et de la science fondamentale et que les régions sont compétentes en matière de gestion de la recherche appliquée et de l'infrastructure hospitalière. Le choc des compétences peut entraîner une contradiction entre une politique de santé (avec un *numerus clausus* pour l'installation des médecins) et une politique de formation.)

Nous accueillons trois types d'hôpitaux : des hôpitaux publics, des hôpitaux privés et des hôpitaux académiques qui sont la propriété des universités. Cependant, le financement des hôpitaux se fonde sur les mêmes règles qu'ils soient publics, privés ou académiques.

Il existe également trois types d'universités : les universités publiques dont les communautés sont gestionnaires, les universités catholiques et les universités libres non confessionnelles. Quel que soit leur statut, leurs règles de financement sont identiques et proviennent des communautés. Il faut signaler également que les postes sont payés directement par les universités sur leurs ressources budgétaires globales. Les universités sont donc libres dans la gestion des postes dès lors que leur financement entre dans le budget prédéfini.

Les universités ont la gestion directe des hôpitaux académiques pour lesquels elles accordent une délégation de pouvoir pour la gestion quotidienne. Elles peuvent nouer des conventions avec les autres hôpitaux, publics ou privés, pour créer des centres hospitalo-universitaires. Les hôpitaux académiques ont trois missions : la formation, la recherche et les soins. Pour ces trois missions, les budgets sont étanches même si une même personne peut être soignant, enseignant et chercheur.

L'enseignant-clinicien-chercheur employé exclusivement par l'université est rémunéré par celle-ci mais une compensation financière est versée alors par le gestionnaire hospitalier. Dans le cas contraire, si le gestionnaire hospitalier est l'employeur exclusif du clinicien, alors l'université rembourse au gestionnaire la part qui correspond à la formation et à la recherche.

Les hôpitaux académiques ont des missions dont le coût dépasse le simple remboursement des soins. Une majoration du budget des moyens financiers est alors prévue : cette majoration est supportée par l'Etat fédéral et vise à indemniser les hôpitaux académiques des encadrements normatifs majorés, de l'évaluation des nouvelles technologies ne figurant pas encore dans la nomenclature de soins et de leur participation à la formation et à la recherche. Cette somme est répartie en fonction du nombre de publications, du nombre de médecins spécialisés et du nombre d'étudiants.

Il existe neuf institutions universitaires dans la communauté française de Belgique. Seules trois institutions proposent un cursus complet de médecine : ce sont les trois hôpitaux académiques de la communauté. Le conseil d'administration de l'université a la tutelle des facultés mais, par délégation, l'université délègue au conseil de gestion de l'hôpital qui lui-même est une partie du conseil d'administration de l'université.

II- LE MODELE SUISSE

Peter SUTER

La Suisse consacre 1,3 % de son produit intérieur brut à l'enseignement supérieur, c'est-à-dire presque autant que les pays scandinaves. Notre pays accueille douze universités (deux universités confédérales et dix universités cantonales) dont cinq facultés de médecine pour 7,5 millions d'habitants. Seules trois de nos





facultés de médecine ont un *numerus clausus*. Toutes négocient annuellement leur budget avec le canton. La Suisse compte par ailleurs 87 caisses d'assurance-maladie qui proposent des tarifs différents.

Les hôpitaux universitaires sont dotés d'un budget compris entre 400 M€ et 1 Md€ par an. Le budget des universités est alimenté à 20 % par la Confédération et à 50 % par le canton tandis que le budget de l'hôpital universitaire est alimenté à 5 % par la Confédération et à 50 % par le canton, les financements complémentaires venant de fonds tiers et des caisses d'assurance-maladie. L'hôpital universitaire intervient aussi dans le financement des facultés de médecine via la recherche et la formation. A ce schéma global, s'ajoutent des spécificités. C'est le cas notamment des établissements de Berne et Bâle où l'université verse directement aux hôpitaux universitaires une dotation de 100 M€.

L'hôpital universitaire rétrocède ensuite une partie de cette somme à la faculté. Cependant, force est de reconnaître que cette affectation est pour le moins opaque.

Nos cinq hôpitaux universitaires s'adaptent plus rapidement aux nouvelles tendances que ne le font les universités. L'administration des hôpitaux universitaires est aux mains de managers. La médecine académique est d'ailleurs ressentie comme « Sonderfall » par les universités et les hôpitaux universitaires considérant que l'enseignement et la recherche n'ont pas le même rang de priorité que les soins. Le conseil de la science et de la technologie composé de professeurs d'université de différentes disciplines a pour vocation de formuler des avis et des recommandations sur notre organisation. Ce conseil réfléchit actuellement aux modèles que nous pourrions adopter dans les années à venir. Un premier scénario à suivre serait celui de l'école de médecine. Selon ce modèle, les hôpitaux, les universités et les facultés de médecine seraient sous le même toit selon le modèle belge ou hollandais. Un deuxième scénario repose sur le modèle d'une faculté de médecine qui resterait dépendante de l'Université. Les réflexions actuellement menées privilégient une meilleure distinction entre les soins, la recherche et l'enseignement.

La réforme des études de médecine, que nous avons initiée il y a dix ans, vise à mettre l'être humain au centre de nos préoccupations. C'est selon ce principe que nous avons introduit des *medical humanities* dans la formation de nos cliniciens. Les facultés de médecine ont ainsi introduit de nouvelles branches en sciences sociales dans les cursus.

Le modèle suisse présente des avantages certains. Avec une faculté cantonale, il est possible d'introduire des réformes plus facilement sans avoir à suivre une loi fédérale trop contraignante. Cependant, ces avantages s'accompagnent aussi de faiblesses. Chaque université pense son particularisme et s'attache à ses spécificités. Les forces politiques centralisatrices ont l'impression d'avoir « le vent en poupe » mais se heurtent à des blocages de la part de cantons financeurs.

Les principes de Bologne sont désormais une réalité en Suisse. Nous proposons une spécialité dès la première année du cursus grâce à des modules optionnels que l'étudiant peut choisir dès son inscription. Pendant cette première année, les étudiants ont aussi la possibilité de suivre leurs premiers patients. Ce contact clinique se fait chez un praticien.

Terminons par quelques mots de prospective. Je crois que nous devons accorder plus de responsabilité à l'université et à la faculté de médecine pour l'enseignement et la gestion financière de ses moyens. La répartition des compétences doit être mieux définie entre les hôpitaux, les universités et les autres partenaires, notamment les praticiens installés en cabinet. Des accords de prestations doivent être déterminés pour l'enseignement, la recherche et les soins. Il serait également utile que nous réussissions à mieux unifier le fonctionnement de nos cinq hôpitaux universitaires en termes de fonctionnement et de financement. Cependant, ce mouvement se heurte aussi à des résistances locales, les cantons ayant peur de perdre une partie de leurs prérogatives sur les universités en allant dans cette voie.



III- LE MODELE QUEBECOIS

Alain BEAUDET

Les centres hospitaliers universitaires québécois sont affiliés aux quatre universités avec faculté de médecine (Montréal, Sherbrooke, McGill, Laval).

Seulement cinq hôpitaux universitaires ont reçu la désignation ministérielle CHU : le CHUM (Centre Hospitalier Universitaire de Montréal), le CUSM (Centre Universitaire de Santé Mc Gill), le CHUS (Centre Hospitalo-universitaire de Sherbrooke), le CHUQ (Centre Hospitalier Universitaire de Québec) et un CHU mère-enfant. Les autres centres sont qualifiés de CAU (Centre Affilié Universitaire) ou d'instituts.

Il y a trois ans, une réforme a créé les Réseaux Universitaires Intégrés de Santé (RUIS) qui donnent aux CHU et à la faculté de médecine une responsabilité dans l'organisation des soins tertiaires et quaternaires dans l'ensemble d'une région. La faculté, de concert avec son CHU affilié, a la responsabilité d'assurer la continuité des soins et de veiller à leur qualité sur l'ensemble de la région. Elle doit également veiller à ce que les étudiants puissent suivre des stages dans les CHU ou dans la région. Outre ces cinq CHU, le Québec compte également deux méga-centres, l'un affilié à l'Université Mc Gill et l'autre à l'Université de Montréal, neuf instituts spécialisés (trois en santé mentale, deux en gériatrie, deux en cardio-pneumologie, deux en réadaptation).

La santé et l'éducation sont deux responsabilités que la Constitution a dévolu aux provinces. Pour ses budgets, l'université dépend entièrement du ministère de l'Éducation. L'hôpital, quant à lui, dépend du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le ministère assure les budgets de l'hôpital sauf les salaires des professionnels de la santé. Ces salaires dépendent du nombre d'actes effectués via le régime de l'assurance-maladie. La recherche est subventionnée à la fois par des fonds provinciaux qui relèvent du ministère du Développement économique et de l'Innovation et par le Fonds de la recherche en santé. Une grande part des opérations de recherche est subventionnée par les instituts de recherche en santé du Canada qui dépendent du gouvernement fédéral.

Les universités et CHU sont liés par un contrat d'affiliation. Le rectorat décide des plans d'effectifs. Dans la plupart des facultés, le doyen délègue des postes au directeur de département qui a la responsabilité de leur répartition. Dans les hôpitaux, le directeur général a la responsabilité légale de l'administration de son hôpital sous la direction du conseil d'administration. Les CHU ont quatre missions : une mission de soins, une mission de recherche, une mission de formation et une mission d'évaluation des technologies. Les CHU forment des étudiants de premier cycle avec la faculté de médecine, la faculté de sciences infirmières, la faculté de médecine dentaire, la faculté de psychologie, l'école de physiothérapie et d'ergothérapie, etc. Les CHU forment également des externes et internes. Ils forment plus de 80 % de tous les étudiants de 2^e et 3^e cycles dans toutes les sciences de la santé, toutes catégories confondues. Ils forment également un grand nombre d'étudiants post-doctorants et *fellows*. C'est en revanche l'université qui sélectionne les étudiants et décerne les diplômes. Les ordres professionnels, quant à eux, valident les formations et décernent les permis de pratique.

Il existe trois catégories d'enseignants dans les CHU : des professeurs, des professeurs-chercheurs et des professeurs de clinique. Selon les universités, ces catégories sont plus ou moins différenciées car seules deux des quatre universités ont des syndicats de professeurs. Les professeurs ont des postes fixes attribués par l'université : leur salaire est versé en intégralité par l'université. Les professeurs de clinique, quant à eux, sont rémunérés à l'acte par l'État : ils reçoivent un supplément de rémunération de l'université pour leur mission administrative, d'enseignement et de recherche. Dans certaines universités (Mc Gill et Sherbrooke), les médecins ont créé des pools par le biais desquels le médecin reverse à l'université ses gains à l'acte s'ils dépassent un certain plafond, fonds qui permettent de rétribuer ensuite ceux qui consacrent plus de temps à la recherche qu'aux tâches d'administration et de clinique.

Les professeurs-chercheurs sont généralement rémunérés selon un système de *soft money*, montage financier complexe qui dépend du temps consacré à la recherche. Les postes de professeurs-chercheurs ne sont pas des postes fixes de l'université. Les candidats postulent en fait à des bourses de professeurs-chercheurs attribués par concours. Ils peuvent également être financés par une chaire de l'hôpital ou de l'université ou par une fondation.

Les centres de recherche affiliés se trouvent tous au cœur de l'hôpital. Au Québec, la recherche se fait dans les murs de l'hôpital pour veiller à la qualité de la pratique médicale mais aussi à la formation professionnelle en milieu hospitalier. Cette organisation veut favoriser la collaboration entre chercheurs et promouvoir une formation de qualité tant en recherche qu'en clinique. Elle doit également favoriser le transfert de connaissances, permettre de rationaliser les équipements et surtout favoriser l'intégration des quatre piliers de la recherche en santé (recherche biomédicale fondamentale, recherche clinique, recherche en santé des populations, recherche sur les services de santé). Les centres de recherche doivent mobiliser une masse critique de chercheurs. Le directeur du centre bénéficie d'une certaine autonomie de gestion. Il a notamment la capacité de lever des fonds auprès des organismes subventionnaires. A l'hôpital, il a également sous sa responsabilité la gestion éthique de la recherche. Les 7 méga-centres, les 9 instituts et les 3 CAU du Québec regroupent 2 000 chercheurs et chercheurs cliniciens et 5 000 étudiants en master et doctorat.



IV- DEBAT

Bernard CHARPENTIER, Doyen de la Faculté de médecine de Paris 11/Le Kremlin-Bicêtre, Président de la Conférence des Doyens de facultés de médecine

Avant la réforme de 1958, l'hôpital n'était pas universitaire puis on a inventé le C.H.et U. Aujourd'hui, nous pouvons nous prévaloir d'un système de santé qui fonctionne, la France est le 4^e pays en termes de publications et les Français peuvent facilement accéder aux soins. Pourtant, nous pouvons aussi identifier des axes de progrès et les exemples de nos voisins peuvent nous éclairer pour lever certains de nos blocages. Dans les CHU, par exemple, nous devons certainement imaginer des passerelles entre les filières. Nous présentons aussi le défaut d'empiler les structures parmi lesquelles il est difficile de se retrouver, comme en témoigne l'extrême complexité des structures de recherche. Enfin, un autre blocage est à lever concernant l'« universitarisation » de certaines professions.

Jean-Louis VANHERWEGHEM

En Belgique, l'équivalent du CNRS ou de l'Inserm est le FNRS. Cependant, il faut noter que le FNRS ne compte pas d'instituts de recherche en propre mais simplement des mandataires qu'il place dans les universités. Par conséquent, il n'existe pas d'instituts de recherche en dehors de l'université. C'est une différence majeure par rapport à la France. Il faut également souligner que 90 % des publications scientifiques sont produites par les universités.

Alain BEAUDET

Le modèle est identique au Québec.



Peter SUTER

Le système est relativement semblable en Suisse. Je suis également surpris par la relative rigidité des instituts de recherche français, notamment concernant leurs financements qui sont stables quelles que soient les performances. En Suisse, un centre de recherche voit ses ressources nettement diminuées lorsque sa production scientifique n'est pas à la hauteur des objectifs fixés. Ceci tient au système d'évaluation qui existe en Suisse et qui évalue l'efficacité des programmes financés par les fonds de l'Etat et des institutions privées.

Jean-François DHAINAUT

Les centres de recherche sont aussi évalués en France. Ils le seront par l'AERES. Mais, ce dispositif est tout récent, de même que le financement sur projet via l'ANR, et le risque, c'est que les financements aillent toujours aux mêmes équipes. C'est pourquoi, un financement spécifique doit aussi être accordé aux équipes émergentes afin que les financements ne viennent pas systématiquement alimenter les équipes les mieux dotées. Le personnel administratif et technique est beaucoup plus important en Suisse, Belgique et au Québec qu'en France. Cette réalité doit nous interpeller. Cependant, après ces trois témoignages, je souhaiterais de nouveau me tourner vers nos trois invités pour leur demander ce dont ils sont le plus fiers dans leur système.

Peter SUTER

Je retiendrai de notre organisation qu'elle présente la vertu de permettre à chaque université, à chaque faculté et à chaque hôpital universitaire de prendre des initiatives, dès lors qu'il est possible de rendre compte du résultat et de l'efficacité de ces initiatives. Je ne suis pas partisan d'une centralisation de notre système mais je crois qu'il faut insuffler une coopération et une flexibilité entre nos hôpitaux universitaires et nos universités et affecter les moyens là où cela est nécessaire.

Jean-Louis VANHERWEGHEM

L'atout du système belge repose peut-être sur la relative autonomie budgétaire de l'hôpital et de l'université par rapport aux pouvoirs de tutelle. J'ajoute que c'est l'université qui gère l'hôpital et qui a la tutelle de la faculté de médecine, laquelle gère les cursus.

Alain BEAUDET

Le Québec a su décloisonner très tôt les spécialités et sortir la formation et l'enseignement des sciences de la santé des campus universitaires pour les amener à l'hôpital. Nous avons su également mettre la recherche au cœur de la formation. Nous encourageons également depuis longtemps la multidisciplinarité en recherche.

Alain CORVEZ

Ces témoignages nous ont montré différentes formes de modèles : des modèles intégrés et des modèles plus décentralisés. Cependant, nous ne voyons toujours pas comment mener le modèle vers une plus grande simplification. De la complexité s'ajoute à de la complexité et personne ne semble trouver une logique de simplification qui permettrait à nos systèmes d'être mieux perceptibles de l'extérieur. Nous devons poursuivre nos réflexions et définir le niveau auquel nous devons prendre les décisions stratégiques, mais aussi le moment où elles doivent être prises et définir les critères qui doivent permettre ces arbitrages. Nous devons réfléchir à l'implication du politique et du scientifique dans ces choix stratégiques ; ce n'est pas toujours visible dans les diagrammes. Enfin, nous devons nous pencher sur le positionnement de notre modèle afin qu'il soit en mesure de faire progresser la santé dans les pays moins favorisés que les nôtres.

Dominique DEVILLE de PERIERE

Je vous remercie de votre participation. Nous sommes tous convaincus que nous devons tous converger vers le système le plus harmonieux possible dans l'intérêt des malades et de nos étudiants.



L'UNIVERSITÉ, ACTEUR DE LA FORMATION AUX MÉTIERS DE LA SANTÉ

Yvon BERLAND

Président de l'Université
de la Méditerranée - Aix-Marseille 2



I- PANORAMA GENERAL DES ETUDES DE MEDECINE

Les études médicales durent de 9 à 11 ans en France avec un premier cycle de deux ans, un deuxième cycle de quatre ans et un troisième cycle de trois à cinq ans. Un concours est organisé à la fin de la première année. Des entrées en 2^e année ou 3^e année de médecine sont offertes à des paramédicaux ou accessibles à l'issue d'un concours spécifique. Le nombre de paramédicaux susceptibles d'être admis en 2^e année de médecine est fixé à 30 postes : ces postes sont rarement pourvus en totalité depuis plusieurs années. En revanche, le nombre de places accordées aux doctorants *via* des admissions parallèles a singulièrement augmenté au cours des dernières années pour atteindre 120 places en 2006.

Un examen classant national intervient en fin de 6^e année. Il permet aux étudiants de faire le choix entre différentes filières de troisième cycle. Ces filières ont été introduites en 1983 : on en compte aujourd'hui 11. La filière peut correspondre à un ensemble de spécialités ou à une seule spécialité. Le choix de la filière dépend du nombre de postes d'internes offerts chaque année par la filière. Reconnaissons que l'attention portée au cursus du troisième cycle est sans doute insuffisante. En 2010, il faudra trouver des stages pour 2 000 internes supplémentaires et pour 11 000 internes supplémentaires en 2015.

Le *numerus clausus* a largement fluctué au cours des dernières années : il est aujourd'hui fixé à 7 000 après avoir fortement diminué dans les années 90. En 1993, il était à son niveau le plus bas : 3 500. Le nombre d'étudiants inscrits en PCM1 a également montré une certaine volatilité tout en suivant globalement la courbe du *numerus clausus*. Aujourd'hui, 45 000 étudiants sont inscrits en PCM1.

Les études médicales sont sanctionnées par un diplôme d'état : DES ou DESC. Aucun diplôme intermédiaire délivrant une compétence n'est donné. Aucune étude nationale évaluant les abandons en cours d'études et leurs motifs n'est menée ni aucune étude sur l'orientation des diplômés une fois leur diplôme obtenu.

On compte actuellement 207 000 médecins en France. Environ 30 % d'entre eux ont plus de 55 ans. Il est attendu que les départs seront plus importants que les entrées dans les années à venir, ce qui conduira à une diminution du nombre de médecins à l'horizon 2025 et à une diminution de la densité médicale du fait de la poursuite de la croissance de la population française. Ces diminutions sont la conséquence de la baisse du *numerus clausus* dans les années 90.

II- PANORAMA GENERAL DES ETUDES D'ODONTOLOGIE

Les études d'odontologie durent de 6 à 8 ans, avec un premier cycle de deux ans et un deuxième cycle de trois ans. Comme pour les études de médecine, on a pu noter une baisse sensible du *numerus clausus* : il est aujourd'hui aux environs de 1 000 pour l'odontologie. Dans un récent rapport, l'IGAS a souligné la limitation des places disponibles dans les facultés et les hôpitaux pour les formations pratiques. Ce rapport signale également que le coût réel des études d'odontologie est très mal pris en compte par la DGF des universités.

On compte actuellement 41 000 odontologistes en France. Cette population croît de 0,3 % annuellement. Elle est également vieillissante et devrait se raréfier à l'horizon 2011.

III- PANORAMA GENERAL DES ETUDES DE SAGES-FEMMES

Les études de sages-femmes durent 5 ans, soit une première année de médecine, un premier cycle de deux ans et un deuxième cycle de deux ans. Contrairement à l'odontologie et aux études de médecine, le *numerus clausus* des sages-femmes n'a eu de cesse de progresser au cours des dernières années. Il est actuellement fixé à 1 000.

On compte plus de 16 000 sages-femmes en France actuellement. Leur pyramide des âges montre une population plus jeune que celle des médecins et des odontologistes. Le nombre de sages-femmes devrait augmenter dans les années à venir et atteindre 18 000 à l'horizon 2020.

IV- PANORAMA GENERAL DES ETUDES DE PHARMACIE

Les études de pharmacie sont d'une durée de 7 à 9 ans, après un premier cycle de deux ans. Le *numerus clausus* de la pharmacie a diminué au milieu des années 90 avant de se stabiliser puis de reprendre une courbe ascendante récemment. Il est aujourd'hui fixé à 2 990.

Le nombre d'étudiants inscrits en PCEP1 a diminué sur la période 2000-2003 avant de reprendre sa progression. Les étudiants inscrits en première année de pharmacie sont au nombre de 11 000 actuellement. On compte 67 000 pharmaciens en France. Nous devrions voir les effectifs de pharmaciens se stabiliser jusqu'en 2025.

On évoque depuis plusieurs années la modification du cursus des études de médecine. Dans un premier temps, la raison principale invoquée par les partisans de cette réforme concernait le gâchis constaté à la fin du PCEM1. Ceci a conduit à mener une réflexion sur les cursus de formation de plusieurs métiers de la santé. Le rapport Debouzie a été une traduction de cette réflexion. Une discussion s'est engagée dans un deuxième temps sur l'intégration en LMD des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sages-femmes. Le rapport Thuillez a été l'aboutissement de cette réflexion. Il faut rappeler à ce sujet que 20 à 25 % des étudiants sont admis dans l'une des trois filières. Aucune étude n'est disponible sur les sorties précoces. Le profil des étudiants recrutés pose également question. Notamment, nous pouvons nous demander si les étudiants actuellement titulaires d'un Bac S peuvent être qualifiés essentiellement d'étudiants scientifiques. Nous pouvons également nous demander s'il est justifié que la formation de sage-femme soit la seule profession médicale formée en dehors de l'université.



LA FORMATION AUX PROFESSIONS

MEDICALES : sélection, orientation, comment éviter le gâchis

humain ? intégration au LMD ? formation au CHU et/ou dans d'autres lieux ?

V- PANORAMA GENERAL DES ETUDES PARAMEDICALES

Les effectifs paramédicaux sont très divers suivant les disciplines : il y a 450 000 infirmières en France actuellement contre 1 800 audioprothésistes. Les taux de croissance des professions paramédicales sont supérieurs au taux de croissance des professions médicales. Les professionnels de ces filières sont globalement plus jeunes que les professionnels des filières médicales en dehors des kinésithérapeutes dont plus de 20 % ont plus de 55 ans.

Les établissements de formation à ces métiers relèvent de tutelles différentes. Les établissements formant les audioprothésistes, les manipulateurs en électroradiologie, les orthophonistes et les psychomotriciens ont une double tutelle du ministère de la Santé et du ministère de l'Education nationale. Par contre, les établissements formant les ergothérapeutes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues relèvent de la seule tutelle du ministère de la Santé tandis que les établissements formant les orthophonistes et les orthoptistes relèvent de la seule tutelle de l'Education nationale.

Les statuts des établissements sont variés. Par exemple, pour les infirmiers, il existe 330 établissements de formation dont 265 IFSI publics, 63 IFSI privés et 2 établissements de l'Education nationale. Pour les manipulateurs en radiologie, on compte 19 instituts conduisant à un diplôme d'Etat, d'une part, et 19 lycées publics et 2 lycées privés conduisant à un DTS, d'autre part.

Les flux des effectifs ne sont pas tous encadrés par des quotas. C'est le cas pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les psychomotriciens et les orthophonistes. Pour les autres professions, les flux sont fonction de la capacité d'accueil des établissements. Le nombre de professionnels formés à l'étranger est important pour certaines filières, notamment pour la filière de kinésithérapie pour laquelle 1 483 étudiants ont été diplômés en France en 2004 pour plus de 1 000 étudiants formés dans d'autres pays, principalement en Belgique.

Le nombre d'années d'études est variable. Le plus souvent, elle est de trois ans mais le nombre d'heures de formation peut présenter des écarts. Les ergothérapeutes ont un cursus de 3 500 heures contre 4 400 heures pour les manipulateurs en radiologie et 3 300 pour les masseurs-kinésithérapeutes. La durée d'études est de deux ans pour les opticiens et de 37,5 mois pour les infirmiers.

La nature du diplôme est également variable suivant les disciplines : les audioprothésistes, les ergothérapeutes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues et les psychomotriciens sont titulaires d'un diplôme d'Etat tandis que les orthophonistes et les orthoptistes sont titulaires d'un certificat de capacité. Les opticiens et les manipulateurs en électroradiologie sont, quant à eux, détenteurs d'un BTS ou d'un DTS.

Ce panorama appelle plusieurs questions. Faut-il renforcer la formation de certaines professions ? Faut-il inscrire ces études dans la logique LMD ? Faut-il créer un tronc commun de formation afin de faciliter les passerelles entre les métiers ? L'hôpital et l'université ne doivent-ils pas être le lieu de réflexion pour l'émergence de nouveaux métiers dans un contexte de forte évolution de l'offre et de la demande de soins ?

Ce constat appelle aussi à s'interroger sur l'opportunité de créer des études intermédiaires entre des études aux professions paramédicales d'une durée moyenne de trois ans et des études médicales d'une durée de 9 à 12 ans. N'y a-t-il pas un vide à combler ?

Deuxième table ronde

La table ronde est modérée par **Yvon BERLAND**, Président de l'Université d'Aix-Marseille 2-Méditerranée. Elle est dirigée par **Philippe THIBault**, Conseiller technique du ministre délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche.

Participent à la table ronde :

Marc Bolla, Président de la Conférence des doyens de faculté d'odontologie, Doyen de la faculté d'odontologie de Nice

Michel BRAZIER, Président de la Conférence des doyens de faculté de pharmacie, Doyen de la faculté de pharmacie d'Amiens

Christian THUILLEZ, Doyen de la faculté de médecine de Rouen

Françoise N'GUYEN, Directrice de l'école de sages-femmes de Poissy



Christian THUILLEZ

Avant de laisser la place au débat, je souhaiterais revenir en quelques mots sur les réflexions menées par la commission que j'ai eu l'honneur de présider. Celle-ci a souligné le caractère tubulaire des formations. Certains ont évoqué des formations trop cloisonnées et trop spécialisées compte tenu du mode d'exercice des médecins. Notre commission s'est également penchée sur le taux d'échec en PCEM1. Cependant, si nous tenons compte des redoublements, environ 35 % des étudiants inscrits en première année pourront accéder aux professions médicales. Ce taux est certes préoccupant mais n'est pas aussi catastrophique qu'il y a quelques années. Il n'en demeure pas moins qu'il apparaît nécessaire d'ouvrir les formations, de mutualiser certains enseignements et d'assurer une plus grande fluidité des parcours.

La commission s'est intéressée à l'évaluation de la formation. Intégrer ces formations dans le processus LMD apparaît comme le meilleur moyen de les homogénéiser sur le territoire hexagonal. La formation dans le domaine biomédical est par ailleurs en crise : nous manquons de vocations pour diverses raisons et c'est un sujet sur lequel nous devons mener une réflexion car il n'existe pas de soins de qualité sans recherche de qualité et sans formation à la recherche de qualité.

La commission a préconisé de mutualiser un certain nombre d'enseignements pour constituer un large tronc commun d'enseignement pour les professions de médecins, de pharmaciens, de sages-femmes et d'odontologistes. Ce tronc commun pourrait intégrer les sciences humaines et sociales, les sciences du médicament, la physiologie, la biochimie et la biologie cellulaire. Outre ce tronc commun, il resterait possible de réserver des enseignements spécialisés à chaque discipline pendant cette première année. La commission a également proposé qu'un classement séparé soit effectué pour ces quatre professions à l'issue de la première année. Cette proposition n'est pas un simple artifice technique mais elle permettra sans doute de mieux informer les étudiants sur les différentes filières de santé et de mieux les orienter. Cette option permettrait aussi de réorienter les étudiants qui auraient mal choisi leur cursus ou qui auraient subi un échec trop important lors de l'évaluation de fin de premier semestre.

La commission a étudié les possibilités d'ouverture des formations pour permettre aux étudiants de se réorienter dès la fin du premier semestre, dès la fin du L1 ou au-delà. Il nous est également apparu très important de créer des passerelles pour ouvrir ces cursus à d'autres formations (sciences humaines et sociales, biologie, etc.). Ces passerelles seraient validées après entretien du candidat et sur étude de son dossier.



La commission a souhaité mettre l'accent sur l'évaluation de la formation théorique et pratique. En effet, force est de reconnaître que l'évaluation de la formation pratique est trop souvent négligée. Nous devons donc nous efforcer de fixer des objectifs de stage comme cela se fait déjà dans certaines disciplines, ce qui permettrait une évaluation des compétences professionnelles des futurs soignants.

La commission a proposé que soit mise en place une formation courte à la recherche de telle sorte à susciter des vocations de chercheurs le plus tôt possible et de permettre aux étudiants qui le souhaitent d'être en contact avec la recherche avant d'avoir terminé leurs études.

La commission souhaite que ces formations soient diplômantes et qu'elles soient sanctionnées par une licence et un master.

I- REFLEXION SUR LA FORMATION DES SAGES-FEMMES

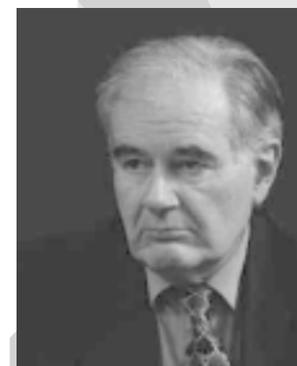
Françoise N'GUYEN

La formation des sages-femmes dure actuellement cinq ans, avec une première année de médecine et quatre années d'études en école professionnelle. Pour autant, les sages-femmes ne bénéficient pas d'une équivalence universitaire. Nous sommes l'une des premières professions à se préoccuper de la santé des femmes, de la promotion de la santé et du maintien de la santé des femmes au cours de la grossesse. Les sages-femmes sont également en première ligne dans la prévention des grossesses chez les adolescentes mais aussi dans la lutte contre les maltraitances. Avec d'autres professionnels, les sages-femmes luttent aussi contre les mutilations sexuelles féminines. Elles sont également actives dans la prévention contre les addictions (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme).

L'intégration de notre cursus dans le LMD présente plusieurs avantages. Le LMD offre en effet la possibilité de proposer des équivalences universitaires aux sages-femmes. Cette réforme permettrait aussi d'apporter un support administratif et organisationnel à ceux de nos étudiants qui partent à l'étranger.



Paris, 8 et 9 mars 2007



L'intégration de notre formation dans le LMD permettrait également de rendre les parcours plus flexibles suivant les ambitions de nos étudiants. Beaucoup n'envisagent plus d'exercer la même profession toute leur vie : cependant, la formation des sages-femmes ne permet pas aujourd'hui d'exercer un autre métier que celui-ci.

Nous pensons que l'intégration universitaire de notre formation permettrait de nous apporter de nouveaux outils pour l'évaluation de nos pratiques professionnelles. Pourtant, à l'hôpital, en libéral ou dans des structures de protection infantile, les sages-femmes ont besoin d'évaluer leurs actions. Nous serions également favorables à la mise en place d'un centre de référence en matière de formation continue.

Avec le professeur Yves Matillon, les représentants des sages-femmes œuvrent actuellement à la définition d'un référentiel métier. Ce référentiel doit déterminer les compétences médicales des professionnels et servir de base à la définition d'un référentiel de formation.

La France accuse un certain déficit en matière de recherche en périnatalité. Alors que les sages-femmes accompagnent toutes les grossesses, il serait également important de pouvoir s'appuyer davantage sur ces professionnels pour mener ces recherches.

Philippe THIBAULT

Les Ministres sont d'accord pour qu'un référentiel des formations soit élaboré, et soit pris en compte pour les attributions ou les renouvellements d'habilitations.

II- REFLEXION SUR LA FORMATION DES PHARMACIENS

Michel BRAZIER

Le pharmacien est un praticien de santé expert du médicament. Son approche du malade est de plus en plus importante. Nous pensons donc qu'il peut être un chaînon de première importance dans la prise en charge globale du patient. Le diplôme de pharmacien conduit à de nombreux métiers. Environ un tiers de nos étudiants se tourne vers l'industrie pharmaceutique. Le pharmacien bénéficie d'une formation pluridisciplinaire qui fait de lui un spécialiste du médicament apte à aborder les sciences cliniques et à accompagner les patients. La formation des pharmaciens est également pratique : elle s'accompagne de stages tout au long des études. Ces stages s'effectuent chez des professionnels et, depuis dix ans, un stage d'un an est effectué à l'hôpital.

Les études de pharmacie sont sanctionnées par un *numerus clausus* et des épreuves classantes. A propos du recrutement, les doyens considèrent qu'un entretien permettant de prendre en compte les motivations des étudiants pourrait être proposé pour mieux opérer la sélection.

Le gâchis à l'issue de la première année de pharmacie est moins important que dans d'autres filières. Nous souhaiterions néanmoins qu'il soit possible de réorienter les étudiants vers les facultés de sciences à l'issue de la première année. Pour autant, il faut aussi souligner que cette réorientation n'est pas souvent le choix des étudiants eux-mêmes, lesquels recherchent plutôt des formations professionnalisantes.

L'intégration de nos formations dans un système LMD permettrait de mettre l'accent sur une culture commune de la santé. Cette réforme pose également la question intéressante des diplômes intermédiaires et de la création de passerelles interprofessionnelles. Il pourrait être pertinent de réfléchir à la possibilité d'intégrer dans nos parcours de formation des étudiants venant d'autres horizons. Cette option pourrait être l'occasion de faire en sorte que cette première année ne soit pas un « entonnoir » par lequel l'étudiant serait obligé de passer pour suivre des études de santé. Le LMD permettrait également d'organiser des parcours de recherche.



En particulier, il semblerait opportun de pouvoir orienter plus précocement nos étudiants se préparant à l'internat et de leur offrir la possibilité de valider un master de recherche simultanément à leur internat ou pendant un assistantat hospitalo-universitaire.

L'intégration de notre profession dans les CHU est essentielle. Nous devons nous appuyer sur une formation pratique au sein de notre profession et à travers des stages hospitaliers. Les internes en pharmacie - qui représentent plus d'un quart de nos effectifs - se forment pendant quatre ans à l'hôpital. Pendant longtemps, le pharmacien a été le technicien du médicament. Il s'ouvre aujourd'hui à la clinique et nous devons réfléchir à la complémentarité médecin/pharmacien pour une prise en charge globale du patient

III- REFLEXION SUR LA FORMATION DES ODONTOLOGISTES

Marc BOLLA

La profession des odontologues est favorable à l'intégration de notre formation au système LMD. Nos représentants sont partisans d'un tronc commun de formation à toutes les professions de santé laissant la place à des enseignements spécifiques. Cette réforme permettrait de mieux reconnaître l'odontologie et d'apporter une réponse à certains choix par défaut.

Le *numerus clausus* en odontologie est stable depuis deux ans, autour de 1 000 places. Ce nombre n'augmente plus faute de la capacité des UFR à absorber des volumes supplémentaires dans les conditions actuelles.

Le rapport de l'IGAS et de l'IGAENR a mis en exergue certaines difficultés touchant à la formation préclinique des odontologues notamment s'agissant de l'inadéquation entre les normes Sanremo et le coût de la formation. Le coût de la formation est comblé par un investissement des UFR dans la formation continue, par la taxe professionnelle et par les ressources apportées par les collectivités mais aussi par la contribution des étudiants eux-mêmes qui peuvent déboursier jusqu'à 4 000 euros/an de frais de scolarité dans certaines UFR. S'agissant de la formation clinique, l'encadrement des étudiants est également coûteux. Or la « non-productivité » de l'étudiant quand il entre en clinique se traduit également par des coûts supplémentaires.

Il convient par ailleurs de souligner que les odontologues sont bien intégrés dans les hôpitaux. Ils ont développé des pôles d'excellence dans des domaines comme l'oncologie, le handicap et les soins aux personnes âgées. La formation à la recherche et par la recherche est également une préoccupation de l'odontologie.

Alors que les possibilités de formation sont aujourd'hui limitées par le *numerus clausus*, nous devons réfléchir au maillage national des services hospitaliers et donc à la possibilité de créer des services hospitaliers dans des centres universitaires, dans des CHU n'ayant pas de faculté d'odontologie ou dans des centres hospitaliers régionaux.

IV- DEBAT

Joy REIFFERS, Directeur de l'Institut Bergonié, ancien Président de l'Université Bordeaux 2

Quelles initiatives ont été prises récemment par les pouvoirs publics pour une meilleure répartition des professionnels sur le territoire et pour une meilleure répartition entre les différentes disciplines médicales entre elles ?



Philippe THIBAUT

Le ministère de la Santé a pris des mesures incitatives visant à une meilleure répartition des professionnels sur le territoire national. Ces mesures s'appuient essentiellement sur des allègements de charges. Par ailleurs, à l'initiative des régions, des bourses sont également proposées à des étudiants qui s'engagent à rester dans ladite région ou à y revenir à l'issue de leur internat.

La répartition des disciplines entre elles a subi le jeu des variations du *numerus clausus*. C'est en effet en créant de nouvelles filières lorsque nous accusions des déficits - par exemple, celle des anesthésistes-réanimateurs ou celle des pédiatres - que nous avons déséquilibré les autres spécialités. Nous avons également puisé dans les effectifs de la biologie médicale en pensant que nous pourrions nous reposer sur les effectifs de pharmaciens. C'est aussi ainsi que l'engagement des médecins dans la recherche s'est trouvé diminué.

Cependant, la question demeure de savoir comment nous pourrions absorber 11 000 à 12 000 internes supplémentaires dans les services agréés pour la formation.

Christian THUILLEZ

On se contente souvent d'avancer des objectifs nationaux pour résoudre la problématique de la démographie médicale. Cependant, si nous passons à une organisation régionale ou interrégionale, nous pourrions sans doute parvenir à une meilleure adéquation de l'offre aux besoins.

Bernard SELE, Doyen de la faculté de médecine de Grenoble

Je déplore que nous ne parlions pas suffisamment des étudiants de première année lesquels représentent près de 50 % de nos effectifs, alors même que ce sont ceux qui sont les plus directement concernés par la réforme du LMD-Santé. Nous sommes les seules filières universitaires qui imposent des quotas. Toutes les autres formations passant par un concours se font en dehors de l'université ou sous des statuts dérogatoires. Nous devons donc gérer une injonction contradictoire qui nous oblige, de par notre appartenance à l'université, à ouvrir notre concours à tout bachelier alors que le nombre de places disponibles en fin de première année est plus que limité. La première année de médecine est la « honte » de notre université. L'université est également disqualifiée sur la question de la préparation au concours de première année de médecine car chacun sait que cette préparation se fait dans des circuits parallèles privés. Nous continuons pourtant à prétendre que nous sommes dans un système assurant l'égalité des chances alors même que l'inscription dans ces organismes privés de préparation au concours représente un coût de 3 000 à 4 000 euros.

Qui peut prétendre que nous faisons de la formation pour et par la recherche en première année ? La Conférence des doyens ne cesse de répéter qu'il serait nécessaire de pouvoir présélectionner sur d'autres critères. Toutefois, cette



possibilité ne nous est pas offerte du fait de notre appartenance à l'université. Par conséquent, soit nous devons renoncer au *numerus clausus* et imaginer d'autres mécanismes, soit nous devons opter pour un système dérogatoire. Par ailleurs, s'agissant de la réforme du LMD, croyez-vous réellement qu'un étudiant en médecine qui aura si chèrement payé son entrée dans la filière empruntera une passerelle pour en sortir ? Personne ne peut le croire. Il n'y a pas de LMD possible avec un *numerus clausus*. Entre les deux, il faut choisir !

Yvon BERLAND

Dire que l'on ne peut pas changer le système parce que la formation s'inscrit dans l'université est réducteur. Pour éclairer cette question, je vous propose de donner la parole aux représentants des étudiants.

Marie MIZZI, représentante de l'Association nationale des étudiants en médecine de France - ANEMF

Les UFR médicales offrent les conditions d'une formation de qualité et les tutorats qui sont proposés sont aussi une réponse aux préparations privées. L'ANEMF est favorable au maintien du système actuel de P1 tout en étant ouverte à des améliorations. Cependant, nous souhaitons vous inviter à la prudence afin que des réformes ne viennent pas bouleverser nos cursus tous les deux ans et par là même déstabiliser les étudiants.

Guillaume BARDY, Président de l'Association nationale des étudiants en pharmacie de France - ANEPF

Les étudiants en pharmacie sont opposés à une sélection post-Bac. Ils sont en revanche favorables à une intégration au système LMD laissant la porte ouverte à des réorientations. Cependant, la mise en place d'un LMD-Santé pose aussi de nombreuses questions. Sur le plan technique, nous nous interrogeons sur la mise en œuvre concrète de ce cursus avec 16 facultés d'odontologie, 24 facultés de pharmacie et 39 facultés de médecine. Comment les étudiants de Saint-Etienne, Nice ou Brest pourront-ils suivre les enseignements de pharmacie ? De plus, la réforme conduira à ce que la première année soit uniquement une année de sélection alors qu'aujourd'hui elle est aussi une année de formation.

Roger LEVERGE, Président du groupe des sections pharmaceutiques du CNU
Les produits de santé représentent un budget de 6 Md€ pour l'AP-HP. Ce sujet est donc majeur pour nos tutelles ministérielles. Depuis le milieu des années 80, ces produits ont permis de doubler les chances de vie des patients souffrant des pathologies les plus lourdes.

Les pharmaciens se sont orientés vers le bon usage des produits de santé et leur sécurité d'emploi. A ce titre, la formation des pharmaciens doit évoluer vers de meilleures coopérations avec les médecins et avec l'administration.

La formation des pharmaciens doit aussi relever le défi de la démographie : 75 % de notre corps professoral partira à la retraite dans les dix ans à venir. Il est donc urgent de conforter nos formations et d'attirer les meilleurs parmi nos enseignants et c'est pour cela que nous souhaitons intensifier nos liens avec les CHU.

Claude-Albert BENHAMOU

Le CHU virtuel peut être un élément majeur dans le rapprochement entre l'hôpital et l'université. Il peut jouer un rôle moteur pour que l'hôpital universitaire soit un centre d'excellence interactif national et international. Les nouvelles technologies présentent en effet plusieurs avantages. Elles permettent de renforcer le maintien à domicile des patients mais aussi le rapprochement entre l'expertise du CHU et le domicile des patients.

Si nous nous dotons des moyens nécessaires, le CHU virtuel doit pouvoir inventer le futur. Il permet de mettre en œuvre de meilleures coopérations interdisciplinaires entre le médecin, le pharmacien et l'odontologiste. Il permet également de tisser un



lien plus fort avec les sciences du sport. A cet égard, je tiens à vous signaler que nous sommes en train de créer une université numérique des sciences de la santé et du sport. De plus, au CHU de Limoges, la mise à disposition d'un système de visioconférence et d'une connexion à haut débit a permis aux neurochirurgiens de se réunir pour une séance de bibliographie à l'heure qui convenait à ces professionnels en fonction de leurs autres impératifs.

Marie MIZZI

Les étudiants en médecine ont des propositions à formuler concernant les terrains de stages qu'il s'agisse de stages en ambulatoire ou de stages en périphérie. Le stage en médecine générale a été consacré dans un texte en 2006 mais il reste difficile à mettre en pratique notamment pour des raisons de financement. Le stage en médecine générale offre néanmoins de vraies possibilités d'amélioration de la formation en soins primaires des étudiants. Par ailleurs, si les CHU de périphérie accueillent déjà des internes, il faut souligner que ces établissements ont dû restreindre leurs offres de formation avec la contraction du *numerus clausus*. Nous souhaitons qu'une solution puisse être trouvée avec la reprise du *numerus clausus* même si cette option soulève aussi plusieurs autres questions, notamment celle de l'« externe sac à dos », et la question de l'indemnisation des déplacements et de la collaboration avec les hôpitaux privés.

Michel BRAZIER

Depuis longtemps, la formation des pharmaciens passe par des stages chez les professionnels. Il existe une bonne articulation entre la profession et l'université. Dans la majorité des régions, les stages se déroulent en CHU mais aussi dans des hôpitaux périphériques. L'administration hospitalière comme les pharmaciens des hôpitaux généraux nous réservent un accueil très favorable. Le retour des étudiants sur les stages réalisés dans les hôpitaux généraux est souvent très positif.

Jean-François DHAINAUT

La qualité de la pédagogie s'est considérablement améliorée avec le *numerus clausus*. Les bons stages disponibles en périphérie commencent certes à diminuer faute d'un relais suffisant du fait des départs en retraite. Il faudrait donc plutôt chercher à intensifier les stages dans les hôpitaux privés qui sont en mesure de proposer des stages intéressants à nos étudiants.

Julien FONSART, Vice-Président de la Fédération nationale des syndicats d'internes en pharmacie - FNSIP

Les étudiants en biologie médicale rencontrent de grandes difficultés à trouver des terrains de stage. Nous avons proposé qu'il soit possible d'effectuer des stages dans les laboratoires privés.

Cette proposition se heurte cependant à l'écueil du financement. Par ailleurs, certains internes n'ont pas la possibilité d'intégrer les universités pour être enseignants-chercheurs. Pour résoudre ces difficultés, il faudrait mettre en place un CHU pharmaceutique. Nous regrettons donc que les textes relatifs au CHU pharmaceutique ne soient toujours pas en application.

Marie-Josée KELLER, Présidente de l'Ordre national des sages-femmes

Nous avons développé pour nos étudiants des stages cliniques dans les maternités ainsi que des formules de tutorat et de compagnonnage. Nous proposons également des stages chez les professionnels libéraux tout en sachant que cette formule pose des difficultés puisque le tutorat des étudiants ralentit la pratique de ces professionnels lesquels ne sont pas rémunérés pour cet accompagnement. Nous avons également besoin d'ancrer nos formations dans l'université et de rappeler que notre profession joue un rôle très important en accompagnant un million de grossesses et 840 000 naissances par an. La formation de ces professionnels mérite donc toute notre attention.





Pierre LOUVERGUE, *Président du Syndicat des chefs de clinique*

La problématique des terrains de stages est un sujet important à traiter. La piste des stages dans le secteur privé est certes une piste intéressante mais cette solution pose des questions pratiques notamment s'agissant de l'agrément. Dans certaines régions, certains terrains de stages seront fermés pour des raisons financières. Nous devons donc avant tout faire l'inventaire des possibilités offertes par les CHU, service par service. Enfin, nous devons aussi nous pencher sur la formation de nos internes à l'étranger et nous devrions inciter plus fortement nos étudiants à faire un séjour dans un pays européen.

Christian THUILLEZ

Nous sommes actuellement en train d'identifier les moyens d'intensifier les stages en CHU. Nous pourrions également chercher à modifier les conditions de stage. Par exemple, pendant le deuxième cycle, au lieu de stages à mi-temps, nous pourrions envisager de proposer des stages à temps complet sur des durées plus limitées. Il n'en demeure pas moins que ces solutions ne seront pas suffisantes.

L'agrément est par ailleurs strictement encadré. Des critères existent en termes de temps plein formateur, de temps affecté à la formation, de séances de bibliographie, etc. Certes, le nombre de formateurs dans les centres hospitaliers non CHU reste insuffisant. Nous devons donc chercher à optimiser la formation en centres non universitaires qui ont un rôle à jouer dans la formation des internes. Des terrains de stage pourront également être proposés dans les centres privés. Sachant que leurs objectifs ne sont pas les mêmes que dans les CHU, nous devons être très vigilants sur les modalités de ces stages. Je pense que nous ne pourrions pas accorder un agrément à un centre privé en tant que tel mais nous pourrions imaginer en revanche qu'un service puisse recevoir un agrément pendant une durée déterminée sur contrat et sous la responsabilité d'un interlocuteur identifié.

Juliette GRIFFOND, *étudiante en 3^e année de médecine, élue au CNESER, représentant l'UNEF*

Je pense que les formations médicales doivent rester à l'université. En revanche, il doit être possible d'envisager la suppression du *numerus clausus*. Le LMD doit être perçu comme une occasion de mettre en œuvre un véritable pôle Santé permettant d'offrir des passerelles aux étudiants.

Philippe THIBAUT

C'est un point de vue théorique : la suppression du *numerus clausus* pourrait conduire à former des étudiants qui seraient ensuite sans travail !

Antoine LAZARUS, *Directeur du département de santé publique et de médecine sociale, Université Paris 13*

Certains de nos étudiants – même les plus brillants d'entre eux – se retrouvent « cassés » par leurs études. A l'Université Paris XIII, nous obligeons donc tous nos étudiants à s'inscrire simultanément en licence et leurs notes de licence comptent pour le concours. Ces derniers ont ainsi la possibilité de se réorienter vers cette deuxième formation, largement entamée, en cas d'échec même s'ils se retournent vers elle avec amertume. La question des terrains de stage est également un sujet problématique. Nous devons admettre que les lieux de formation ne pourront plus être uniquement l'hôpital ou des dispositifs périphériques ressemblant à l'hôpital. Nous devons donc former nos étudiants chez les 200 000 médecins libéraux ou en dehors de la médecine.



Christian THUILLEZ

Dans la mesure où plus de la moitié des étudiants que nous formons seront des médecins généralistes, les centres de soins qui sont en train de se mettre en place seront aussi des lieux de formation possibles.

Dominique PERROTIN, *Doyen de la faculté de Médecine de Tours*

Beaucoup de chirurgiens quittent l'hôpital public pour aller vers l'hôpital privé. Nous devons donc nous tourner aussi vers les établissements privés pour former nos étudiants chirurgiens. Néanmoins, je pense qu'il existe aussi des possibilités de stages dans les hôpitaux non CHU à la condition de bien veiller à une répartition homogène des internes sur le territoire. Il faudrait également conduire une réflexion interrégionale concernant la répartition médicale. Enfin, il faut souligner que certains lobbies poussent à une inadéquation entre les postes offerts et le nombre d'étudiants.

Gilles AULAGNER, *Professeur de pharmacie Université Henri Poincaré - Nancy 1*

L'enseignement multidisciplinaire est une proposition intéressante mais encore faut-il que cette interdisciplinarité ne soit pas déconnectée des pratiques professionnelles. Pour la pharmacie, nous souhaitons que nos étudiants soient formés dans le cadre d'un compagnonnage en contact avec les praticiens, les patients et les prescripteurs. Nous voulons aussi qu'ils intègrent le CHU. Cette volonté s'est d'ailleurs traduite dans deux ordonnances. Pourtant, des blocages perdurent. Comment les expliquez-vous ?

Marc BOLLA

Par le biais des stages, nous essayons aussi d'apporter des réponses partielles aux problèmes de démographie professionnelle, pensant que l'étudiant qui effectuerait un stage dans un endroit éloigné de sa région de prédilection pourrait être tenté d'y rester. Cependant, cette organisation pose des questions matérielles, notamment celle de la compensation du déplacement. Sur ce point, je ne sais pas si la réponse doit venir des CHU et des universités. Je pense que la réponse doit plutôt être nationale.

Marie MIZZI

Nous pourrions réfléchir à une répartition des professionnels mieux adaptée aux besoins du territoire dès le *numerus clausus* plutôt que d'attendre le stade des concours classants nationaux.

Yvon BERLAND

Plusieurs pistes ont été évoquées pour limiter le gâchis constaté à la fin de la première année des études médicales. La première de ces pistes serait de mieux informer les étudiants avant même leur inscription. La deuxième consisterait à mettre en place un système de présélection même si les avis restent divergents sur cette option. La recherche de terrains de stage de qualité doit également être l'une de nos préoccupations majeures. Si nous ne levons pas certains verrous juridiques qui empêchent des formations dans d'autres lieux que les hôpitaux publics, nous devons faire face à de grandes difficultés sachant que nous devons former 11 000 internes supplémentaires d'ici 2015.

LA FORMATION AUX AUTRES METIERS DE LA SANTE : vers une « universitarisation » de ces formations ?

Troisième table ronde

La table ronde est modérée par **Bernard BEGAUD**, Président de l'Université Bordeaux 2 Victor Segalen. Elle est dirigée par **Danielle TOUPILLIER**, Chef de service à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Participent à la table ronde :

Francis BRUNELLE, Conseiller technique du ministre de la Santé et des solidarités

Philippe SAUVAGEON, Secrétaire général du syndicat national des instituts de formation en kinésithérapie

Geneviève ROBERTON, Présidente du Comité d'entente des formations infirmières et cadres

Anne DEHETRE, Vice-Présidente chargée de la formation initiale - Fédération nationale des orthophonistes

Jean-Maurice PUGIN, Secrétaire général du Comité d'harmonisation des centres de formation des manipulateurs en électroradiologie



Bernard BEGAUD

Notre dernière table ronde portera sur la formation aux autres métiers de la santé. Pour ma part, je suis un fervent partisan de l'« universitarisation » de ces formations car on comprendrait mal que l'aspect universitaire soit négligé pour ces professions, notamment concernant la recherche, puisqu'il n'y a pas de progrès des connaissances et progrès dans la pratique sans recherche.



Francis BRUNELLE

Une lettre commune du ministre de la Santé et du ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche a été rédigée le 1^{er} décembre 2006.

Cette lettre stipule que les formations qui seront dispensées dans le cadre du LMD continueront à avoir une finalité professionnelle.

L'exercice d'une profession et son homogénéité nationale continuera d'être régi par la délivrance d'un diplôme d'Etat par le ministère de la Santé. Cette lettre de cadrage prévoit également l'élaboration d'un référentiel métier, d'un référentiel de compétences et d'un référentiel de formation. Ces trois référentiels auront vocation à être cosignés par les deux ministères. Le travail à fournir sera colossal puisqu'il existe 17 à 18 professions paramédicales à analyser. Les deux ministères ont confié cette tâche à un comité de pilotage interministériel.

I- REFLEXION SUR LA FORMATION DES INFIRMIERS

Geneviève ROBERTON

Le CEFIEC ne souhaite pas militer pour le LMD comme une fin en soi mais souhaite le porter comme une valeur ajoutée au bénéfice du patient. C'est une vision pluriprofessionnelle et interdisciplinaire que nous souhaitons privilégier. L'intégration dans le système LMD doit apporter une plus grande rigueur à la conceptualisation et contribuer à l'élaboration d'une culture commune. Cette réforme doit aussi permettre de développer la culture scientifique, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'intégration des résultats probants dans les pratiques infirmières.



Philippe SAUVAGEON

La formation en kinésithérapie est très disparate en France avec 37 instituts de formation dont quatre sont réservés aux malvoyants et non-voyants. Parmi les 33 autres instituts, 12 sont publics et 21 sont privés. Certains ont un statut associatif, d'autres un statut commercial. De plus, il faut souligner que les instituts à but non lucratif ne vivent que des frais de scolarité des étudiants.

Notre profession est soumise à quota et les modalités de sélection sont très diverses. Un tiers utilise le concours classique qui est un concours post-Bac basé sur le programme de Première et de Terminale S. De nombreux candidats au concours suivent des préparations privées souvent fort onéreuses. Les deux-tiers des instituts de formation recrutent après une première année de médecine. Les étudiants suivent alors un PCEM classique, un PCEM adapté ou un PCEM classique comprenant un complément de formation. Certains instituts recrutent également dans les filières STAPS et Sciences de la vie.

Notre profession souhaite que la première année soit une année d'orientation, de sélection et de formation des étudiants. Nous suggérons qu'ils puissent obtenir une licence à l'issue de leur année L3 et que les étudiants qui le souhaitent puissent poursuivre un cursus en M2. Plus généralement, notre profession a le souhait que la formation de masseur-kinésithérapeute devienne une filière universitaire.

L'ensemble des acteurs de santé doivent rechercher les synergies dans la recherche médicale. L'intégration dans le LMD doit également valoriser les parcours professionnels des professions de santé. La formation tout au long de la vie pourra ainsi permettre d'apporter une réponse aux problèmes de démographie médicale. Seuls trois pays en Europe n'offrent pas une formation universitaire ou articulée avec l'université pour la formation infirmière : la France, l'Allemagne et le Luxembourg. Le LMD peut donc être tremplin pour une meilleure harmonisation européenne tant sur le plan de la recherche que pour œuvrer à une meilleure sécurisation des standards de formation.

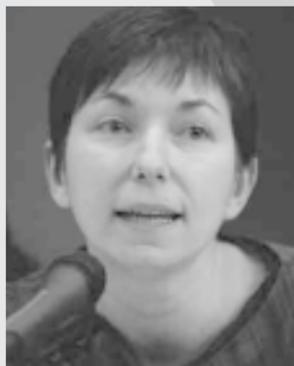
Le CEFIEC souhaite que soit mis en œuvre un système double diplômant permettant des passerelles entre les différents métiers de la santé. Nous souhaitons que soit privilégiée une approche interdisciplinaire permettant des savoirs partagés. Nous voulons que cette nouvelle approche permette de prendre en compte les pôles d'activités médicales. Notre profession souhaite l'intégration des trois niveaux du LMD. A ce propos, nous pensons que le niveau de master pourrait être une réponse au besoin de formations intermédiaire. Les masters et les doctorats doivent aussi permettre d'œuvrer à une excellence des soins infirmiers. Enfin, cette réforme doit permettre de traiter toutes les sciences de la santé incluant les sciences humaines et les sciences fondamentales.

La mise en œuvre de cette réforme se heurte certes encore à des obstacles techniques. Cependant, nous pensons que ces obstacles pourront être levés si nous menons une réflexion approfondie. Cette réforme se heurte aussi à des obstacles financiers compte tenu des grilles actuelles de salaires. Cette question renvoie aussi aux contraintes imposées par la LOLF. Cependant, il reste à poser la question suivante : l'excellence des soins infirmiers est-elle une priorité ? La mise en œuvre de cette réforme pose également la question de la volonté politique et de la priorité nationale accordée à l'évolution des professions de santé.

Le CEFIEC dont la mission première est d'œuvrer pour l'excellence de la formation des infirmiers et des cadres de santé est déterminé. Il veut contribuer à la promotion du LMD considérant cette intégration comme un vecteur d'excellence. Pour terminer mon intervention, je reprendrai donc à mon compte le slogan que vous avez choisi pour notre journée thématique : « L'université est une chance : saisissons là ! ».

II- REFLEXION SUR LA FORMATION DES KINESITHEAPEUTES

III- REFLEXION SUR LA FORMATION DES ORTHOPHONISTES



Anne DEHETRE

La filière de l'orthophonie est une composante de la faculté de médecine. Nous comptons 15 centres de formation et notre filière est soumise au quota. Notre diplôme est délivré par l'Enseignement supérieur et cosigné par le ministère de la Santé. Pour notre profession, l'intégration dans le LMD conduirait à adapter notre cursus actuel avec quelques renforcements dans certaines matières (prévention, prise en charge de pathologies liées au vieillissement, éducation précoce, etc.). Nous souhaitons la création d'un tronc commun et la mise en place de passerelles entrantes et sortantes, notamment vers et depuis d'autres filières comme les sciences humaines.

L'intégration dans le LMD permettra d'harmoniser nos formations en Europe et dans le monde. Dans la plupart des pays européens, le diplôme d'orthophoniste est un diplôme de master. Nous pensons nécessaire de réussir cette harmonisation afin de faciliter les échanges mais aussi pour mieux accueillir les étudiants formés à l'étranger.

IV- REFLEXION SUR LA FORMATION DES MANIPULATEURS EN ELECTORADIOLOGIE



Jean-Maurice PUGIN

Il existe deux diplômes de manipulation en électroradiologie, un diplôme d'Etat et un DTS, lesquels sont deux formations de niveau Bac+3. Notre profession est favorable à l'intégration de nos cursus dans le système LMD pour les raisons qui ont déjà été évoquées par mes confrères.

Permettez-moi cependant de revenir sur quelques éléments de contexte. Plusieurs rapports ont été rédigés au cours des dernières années, mais nous ne voyons toujours pas le lien entre ces différents travaux. Il faudrait sans doute réfléchir en amont à la place de chacun dans le système de santé. Dans le Code de la santé, on ne parle pas des professions paramédicales. Par conséquent, sommes-nous des auxiliaires médicaux ou des professionnels de santé non médecins ? De mon point de vue, tant que nous n'aurons pas répondu à cette question, nous continuerons d'entrer dans le LMD par une petite porte, profession par profession, comme nous le faisons actuellement. Pourtant, la question serait plutôt de déterminer la place de chacun dans les soins apportés au patient et de définir les compétences partagées et spécifiques. Je regrette que cette transversalité ne soit pas suffisamment visible dans les travaux qui sont actuellement menés.

V- DEBAT



Daniel SECHTER, Vice-Président de l'Université de Franche-Comté

Je me félicite de la volonté des intervenants à aller vers l'« universitarisation » de nos formations. Je milite également pour qu'il existe une palette diversifiée des métiers de la santé avec une ouverture vers la recherche. Au-delà de la place de l'université à l'hôpital, nous devons nous interroger aussi sur la place de la santé dans l'université. Ainsi, il serait certainement plus pertinent mais aussi plus lisible de reconnaître une formation à la santé à vocation interdisciplinaire tournée vers les facultés de médecine et paramédicales, vers les facultés des lettres, les formations STAPS et les formations d'économistes de la santé.



Geneviève ROBERTON

Nous partageons votre approche. En cela, notre volonté n'est pas de remettre en cause l'autonomie des universités mais notre souhait est de mettre en place un nouveau domaine tourné autour des sciences de la vie et de la santé.

Thierry AMOUROUX, Président du SNPI (CFE-CGC)

Dans toute l'Europe, les formations infirmières sont universitaires sauf en France où l'on prétend qu'une heure de formation en université n'a pas la même valeur qu'une heure de formation dans un institut. Pourquoi un système qui fonctionne dans d'autres pays ne pourrait pas être appliqué en France ?

Francis BRUNELLE

La question n'est pas tant de savoir quel sera l'opérateur de ces formations mais quelle est la finalité de ces formations. Certes, dans de nombreux pays, ces opérateurs sont des universités. Cependant, pour faire une juste comparaison, il faudrait aussi étudier le statut de ces formations au sein des universités. La question est en revanche de déterminer quels diplômes nous devons proposer pour ces formations professionnalisantes. Or notre réflexion vise justement à déterminer comment nous pouvons « universitariser » ces diplômes d'Etat.

Bernard BEGAUD

Il faut rappeler qu'il y a aussi des formations professionnalisantes, et de qualité, à l'université !

Georges LABBE, Président de l'UNAP - Syndicat national des Podologues

Je crois que nos gouvernements ne sont pas prêts à mener la réforme LMD. De plus, s'il est certes important d'apprendre l'histoire, il est plus important encore d'apprendre la philologie à des étudiants qui seront amenés à soigner des patients. L'obstacle que nous rencontrons est que nous n'avons toujours pas défini les points communs entre toutes nos professions. Or, tant que nous ne l'aurons pas fait, le système LMD n'aura pas lieu d'exister.



Danielle TOUPILLIER

L'administration a la charge de poursuivre les travaux initiés dans le cadre de la lettre du 1^{er} décembre 2006 qui fixe le code de conduite de nos auditions.

Quelle que soit l'alternance politique, ces travaux se poursuivront et permettront de faire une analyse des écarts entre les attentes des professionnels et la feuille de route qui nous a été proposée de manière à confirmer notre feuille de route initiale ou à infléchir le dispositif.

Le ministère de la Santé ne veut pas que le diplôme, parce qu'il est professionnel et parce qu'il donne une légitimité au droit à l'exercice, condamne les professionnels dont le niveau de formation est exigeant à ne pas avoir accès à des parcours simplifiés, raccourcis et optimisés conduisant à une double diplomation. Alors que les technologies et les métiers évoluent et face à l'émergence de nouveaux besoins de prise en charge, nous souhaitons que les professionnels, qui le souhaitent, puissent entrer dans le système universitaire dans un spectre très large de disciplines universitaires. Nous voulons également que les professionnels puissent bénéficier de passerelles et de parcours optimisés tout au long de leur vie pour éviter de cloisonner les professions. Nos deux ministères ont la volonté partagée d'œuvrer dans le sens d'une reconnaissance légitime des professions médicales et paramédicales.

Geneviève ROBERTON

En dépit de la lettre de cadrage, il demeure des incertitudes. La question de l'intégration en licence pose notamment question. Nous partageons en revanche votre approche lorsque vous soulignez que cette réforme doit permettre à ceux

qui le souhaitent d'évoluer professionnellement, notamment pour exercer de nouveaux métiers et apporter une expertise avancée. Ceci doit nous conduire à repenser en aval la question des modalités d'entrée et donc la sélection.

Annick PICARD, infirmière,
représentante de la Fédération Santé et Action Sociale CGT

L'intégration au LMD apparaît comme un effet d'annonce puisque le Ministère refuse dans le même temps une reconnaissance du diplôme d'infirmière au niveau Bac+3. Nous voyons poindre au niveau de plusieurs groupes de travail – Observatoire national des emplois et des métiers, VAE Infirmières, groupe de travail LMD – la volonté de reconnaître les infirmières cliniciennes au niveau L tandis que les autres seraient évaluées par le biais de la VAE. Nous dénonçons cette incohérence politique. La profession demande la reconnaissance à Bac+3 pour tous.

Bernard NEMITZ, Conseiller technique au cabinet du ministre de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Les trois cabinets – Education nationale, Enseignement supérieur et Recherche, Santé – travaillent en étroite collaboration et œuvrent dans le même sens. Le travail que nous avons initié doit d'abord permettre de parfaitement cadrer ce que doit être le diplôme d'exercice et donc le niveau auquel il doit être reconnu. Ce premier travail est plutôt du ressort du ministère de la Santé. Nous devons également faire en sorte que les professionnels, s'ils le souhaitent et s'ils le peuvent, puissent poursuivre des études universitaires.

Nicole DENNI-KARICHEL, Présidente de la Fédération nationale des orthoptistes de France

Le LMD est une ouverture formidable. Aujourd'hui, nos étudiants suivent une formation universitaire de trois ans, mais cette formation est sanctionnée par un certificat de capacité qui ne correspond pas à une licence. Nous souhaitons donc que cette réforme permette à nos étudiants d'atteindre le niveau de licence et puissent poursuivre leurs études s'ils le souhaitent.

Lise CARROUE, Présidente de la Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie

Des projets de réforme de la P1 ont été discutés avec les quatre filières médicales mais notre filière a été exclue de cette réflexion alors que deux-tiers des instituts de kinésithérapie sélectionnent par cette voie.

Par ailleurs, la réforme proposée sous-entend-elle que tous les étudiants auront un diplôme universitaire ou uniquement les étudiants qui poursuivront leurs études en master et doctorat ?

Danielle TOUPILLIER

A périmètre inchangé de sélection, nous sommes dans un processus qui doit permettre à ceux des étudiants qui veulent acquérir des diplômes universitaires au-delà de la formation qu'ils détiennent du fait de leur diplôme professionnel de le faire. Je rappelle également que notre groupe de travail est chargé de mener les auditions et de mesurer les écarts entre les demandes des professionnels et notre feuille de route pour aboutir à une réponse adaptée.

Francis BRUNELLE

Aujourd'hui, la première année a pour vocation d'opérer une sélection mais aussi de former des étudiants à des matières biomédicales et de santé. Les expérimentations en cours se poursuivent, et doivent permettre de répondre aux critères de sélection pour l'accès à des professions réglementées.

Il est légitime et cohérent d'attendre les conclusions des groupes de travail qui réfléchissent au contenu de cette formation, avant que de prendre des décisions de réorganisation du cursus de la première année.



Mathilde PELISSIE, Présidente de l'Association nationale des étudiants sages-femmes

Le ministère de la Santé se veut le garant de la qualité des professionnels de santé. Cependant, le fait de garder la mainmise sur les filières paramédicales et de sages-femmes ne nous paraît pas un gage de qualité. La proposition qui consiste à coupler les parcours pour ceux qui le souhaitent nous paraît timide. Nous souhaitons bénéficier d'un enseignement universitaire dans notre formation initiale et non uniquement dans une optique de réorientation.

Prisca WETZEL, Secrétaire Générale de l'Association nationale de formation initiale et continue des sages-femmes

Tous les étudiants suivant une formation de sage-femme ou une formation paramédicale doivent pouvoir bénéficier d'une reconnaissance universitaire qui ouvre une formation à et pour la recherche. Cette orientation permettrait de former des professionnels compétents aptes à suivre une formation continue. Par ailleurs, au lieu de vérifier si une heure de formation en université vaut une heure de formation délivrée par un autre opérateur, nous devrions commencer par raisonner sur la base des compétences du professionnel que l'on forme.

Albert-Claude BENHAMOU

La VAE n'est pas un moyen de « bradage » des diplômes. Le rapport de l'IGAS et le rapport du ministère de l'Éducation nationale ont tous deux mis en évidence l'intérêt de la validation des acquis de l'expérience pour intégrer des professionnels.

Danielle TOUPILLIER

La réflexion sur le LMD et la VAE adopte une approche commune mais ces deux dispositifs sont néanmoins distincts. La VAE ne vise nullement à brader les diplômes. Au contraire, ce dispositif doit permettre de reconnaître des professionnels avec le même degré d'exigence. Le travail que nous menons sur ce dossier est un travail colossal : ces projets sont menés profession par profession avec l'ensemble des représentants de la profession (employeurs, organisations syndicales). Nous profitons également de la procédure de la VAE pour optimiser le processus LMD.

Jean-Maurice PUGIN

Que sont devenus les projets que les professions vous ont soumis ? Seront-ils utilisés comme base de votre réflexion ?

Concernant la VAE, notre profession a peur que l'on valide un acquis illégal en s'appuyant sur une situation de pénurie de professionnels et que la VAE soit utilisée pour déréglementer notre profession. Au contraire, la validation des acquis de l'expérience doit être un outil de transversalité pour passer d'une profession à une autre.

Par ailleurs, comment allons-nous expliquer à un étudiant qui aura persévéré pendant trois années dans ses études qu'il n'aura pas atteint le niveau L ?

Comment pourrions-nous rendre nos formations attractives dans ces conditions ?

Francis BRUNELLE

Les documents que les représentants des professionnels ont produits sont à la base du travail interprofessionnel et intraprofessionnel que nous menons.

Je comprends que vous puissiez être inquiets concernant la VAE. Cependant, il faut rappeler que la loi dit que la VAE est tout ou partie diplômante. Les professionnels qui sont associés au processus de VAE sont donc les garants de la qualité de la formation complémentaire qui pourrait être éventuellement demandée. Avec le LMD et la VAE, il sera possible de remplir un « plan d'épargne formation » professionnalisant et universitaire.



Bernard NEMITZ

Les groupes de travail ont pour objectif d'actualiser le niveau où doit se trouver le diplôme d'exercice et d'évaluer le volume de formation nécessaire. Une fois ce travail fait, nous pourrions facilement déterminer à quel diplôme universitaire cette formation correspondra.

Jacqueline MAILLARD, représentante du Syndicat national des psychologues

Les psychologues ont un titre professionnel de niveau LMD. Comme d'autres disciplines, nous contribuons à penser la question de la santé. Cependant, il faut arrêter de prétendre que le LMD serait une sortie vers le haut. En tant que professionnels des sciences humaines, nous savons que nous sortons vers le bas...

Bernard BEGAUD

Merci à l'ensemble des intervenants. Je conclurai en disant : « l'université est une chance, saisissons-la ! »

Yvon BERLAND

La CPU m'avait confié l'organisation de cette séquence sur l'université, acteur de la formation, et j'espère que la réflexion aura été fructueuse. Je remercie également les intervenants dans les deux tables rondes, les représentants des Ministres, comme ceux des professions de santé, et je vous remercie tous pour votre participation.



9 MARS

OUVERTURE DES DEBATS DE LA MATINEE :

LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Lionel COLLET

Président de l'Université Lyon 1-
Claude Bernard,
Vice-président de la Commission
« recherche » de la CPU



Notre matinée va s'articuler en deux tables rondes. La première sera dédiée aux questions liées à la recherche fondamentale, à la recherche clinique, à la formation, à la pluridisciplinarité ainsi qu'au cadre légal et réglementaire. De par la loi, le médecin est au cœur du dispositif pour bon nombre de ces recherches. Elle sera également l'occasion d'aborder la question des structures. Nous avons, en effet, entendu hier nos collègues étrangers souligner la réelle du dispositif français de recherche. La seconde table ronde sera spécifiquement consacrée à la question de la valorisation du secteur de la recherche en santé. Il nous faudra, à cette occasion, nous interroger sur l'existence de l'éventuelle spécificité de cette valorisation. L'objectif de cette matinée est, dans une logique de projet, de faire émerger des idées de façon constructive. Nous allons l'inaugurer par une intervention de Philippe Froguel, endocrinologue, ancien élève de Jean Dausset (le dernier Prix Nobel de médecine français !), chercheur à la fois en France et au Royaume-Uni.

Je lui cède la parole immédiatement.

Philippe FROGUEL

Directeur de recherche au CNRS,
à l'Institut Pasteur de Lille
et à l'Université Lille 2 -
Droit et santé
Professor, Head of Section
of genomic section,
Imperial College of London



Je vais essayer, pendant quelques instants, d'évoquer avec vous, les moyens permettant de rendre la recherche médicale française plus compétitive.

J'illustrerai, pour ce faire, mon propos en évoquant divers exemples européens, avant de focaliser mon attention sur la situation britannique et d'établir une réflexion sur les leçons dont nous pouvons en tirer pour notre pays.

Je débiterai mon propos en évoquant l'évolution de la situation française en termes de production entre 1993 et 2003. Si l'on examine attentivement ce tableau, vous y constatez de fortes disparités à propos de l'impact de la recherche médicale française, très faible en particulier en sciences sociales, plus forte en biologie moléculaire et génétique. Du point de vue comparatif avec les pays voisins, la France représente 6 % des publications médicales, pour un taux de 9 % en Grande-Bretagne, de 8 % en Allemagne et de 41 % pour les Etats-Unis. Si l'on se place spécifiquement du point de vue des spécialités à partir d'ESI Thomson, la situation française n'est pas satisfaisante car elle n'atteint pas l'excellence. Précisons encore une fois notre analyse en examinant la situation du point de vue des publications au top 1 % mondial. Le rapport de l'INSERM que je vous expose illustre, une fois encore, l'insuffisance française : 5,4 %. Il prouve à quel point notre recherche est bien peu compétitive.

Observez la situation britannique en ce domaine : 11 % de leurs publications figurent dans ce top 1 % mondial, du moins en matière génétique. Il m'a semblé également intéressant que vous sachiez que, pour la production française, 32,56 % des articles proviennent de l'INSERM, 28,61 % du CNRS et 10,85 % de l'Institut Pasteur. Il n'existe, en France, aucun monopole de l'INSERM en matière de production d'articles figurant dans le top 1 % mondial : la situation est donc plus complexe qu'il n'y paraît. Je tiens à noter que 70 à 130 publications annuelles sont, paraît-il, de grande notoriété internationale. Reste cependant à connaître les critères permettant d'apprécier cette notoriété.



Dans le domaine du diabète, la France occupe la troisième place mondiale. Elle ne publie cependant en volume que la moitié de ce que les Britanniques publient. Cela signifie qu'une grande partie de nos collègues diabétologues ne publient rien ! Je note que la moitié des publications proviennent de la région parisienne, dont bon nombre de Necker. Cet établissement est un des seuls à bénéficier d'une réelle visibilité sur le plan international.

Si l'on se place du point de vue des individus, nous découvrons, au travers du « H-facteur », que les chercheurs français, du moins, pour certains d'entre eux, détiennent un « H-facteur » important. Si l'on ne cite qu'un exemple, citons celui du Professeur Chambon qui a publié 686 documents, dont 142 ont été cités 626 fois. Un élément m'a frappé dans cette liste. Il concerne la très faible part de collègues quadragénaires qui y figurent. Ce sont surtout des collègues plus âgés qui publient.

Pour conclure sur ce premier point, il est à penser que la recherche médicale française est en déclin. Notre situation au sein des classements mondiaux est moyenne. Elle est parfois mauvaise dans certaines matières. Nous observons, qui plus est, une perte de compétitivité vis-à-vis de la Grande-Bretagne et de l'Allemagne, notamment. Un rapport officiel, récemment publié, dénonce l'inefficacité économique de la recherche publique. Il stigmatise, en particulier, la faiblesse du financement industriel.

Etablissons, à présent, une comparaison avec nos voisins d'outre-manche. La situation y est bien plus satisfaisante pour plusieurs raisons. Quels en sont les motifs ? J'en ai identifié plusieurs, marqués par le pragmatisme. Tout d'abord, la Grande-Bretagne entretient une véritable culture d'excellence à l'échelon institutionnel et individuel. Cet entretien est permanent. Il existe un dispositif d'évaluation septennal, établi par Margaret Thatcher, qui consiste à auditer les universités britanniques : chacune doit alors produire la liste de ses chercheurs. Chacun d'entre eux doit présenter quatre de ses publications. Leur qualité pèse, à hauteur de 90 %, dans l'évaluation dont ils feront l'objet. Chacune de ces évaluations fait, par la suite, l'objet de cette évaluation, assurée par un jury indépendant – dont je fais partie – qui va rendre une note sur la qualité de ladite publication. Elles sont notées de « classe mondiale » à « non compétitif ». L'argent que recevra, à partir de 2009, chacune des universités dépendra de la note finale que le jury rendra.

Ce système est particulièrement élitiste : il a permis pourtant d'assurer le développement des universités britanniques dans le classement de Shanghai. Je note également qu'il existe, en Grande-Bretagne, une véritable promotion au mérite : certaines universités britanniques, comme la mienne, n'hésitent pas à verser à leurs chercheurs des primes de fin d'année. Je déplore que la France ne reconnaisse pas également le succès de ses chercheurs. Le deuxième motif est la recherche continue d'une masse critique de chercheurs de renommée mondiale dans les universités d'excellence propice à la réalisation de projets multidisciplinaires de façon ambitieuse. Le troisième motif est l'existence d'un lien naturel entre, d'une part, la recherche fondamentale la plus compétitive et, d'autre part, l'industrie. Prenez le cas de l'*Imperial College of London*, neuvième université au monde selon les classements internationaux (17 Prix Nobel). On y recense plus de 11 000 étudiants internationaux. Ceux-ci sont prioritairement motivés par le fait que les diplômés qui en sortent touchent des rémunérations nettement plus élevées que celles de leurs collègues de la *London School of Economics*.

Comment a-t-il donc été possible d'en arriver là ? Tout est affaire de stratégie. L'ICL a regroupé, il y a dix ans, six petites facultés de médecine de l'Ouest de Londres. En 2004, nous avons passé une année à développer notre réflexion stratégique. Toutes les spécialités médicales de l'ICL ont produit un document d'évaluation. Cette réflexion approfondie a abouti à la constitution d'une matrice stratégique de recherche, incluant des « thématiques » horizontales et verticales, avec un leader à la tête de chaque thème. L'*Imperial College of London* poursuit aussi l'ambition de développer l'interdisciplinarité avec les universités scientifiques.

Il s'agit de profiter au maximum des potentialités que présente l'interdisciplinarité. Il va sans dire que je n'ai jamais vu de telles pratiques au CNRS ! Je puis pourtant vous assurer, pour les avoir observées, que de telles pratiques produisent des résultats très encourageants. Concernant les relations avec le milieu des affaires, les revendications des collectifs « Sauvons la recherche », à l'image de ce qui s'est passé en France, sont impensables en Grande-Bretagne. En effet, les liens de la recherche avec le *business* figurent dans la charte de l'ICL ! Notre Président a remarquablement professionnalisé ce lien, notamment en développant la consultation, et en liant des partenariats stratégiques à long terme avec certains groupes pharmaceutiques mondiaux. 20 % des professeurs d'ICL ont des liens avec l'industrie. De tels liens ne sont pas obligatoires. Ils sont simplement recommandés. Comment enfin ne pas citer le très important effort de commercialisation des découvertes de l'*Imperial College*, qui peut parfois prendre des formes particulières : j'ai ainsi créé un fonds de capital-risque introduit en bourse il y a quelques mois. Ce fonds de 150 millions de livres est destiné à favoriser la création et le développement de start-up, fondées à l'ICL. La Grande-Bretagne est-elle un nouvel épicerie de la recherche médicale ? Peut-être, car le système de financement de la recherche médicale et industrielle est nettement plus « méritocratique » et efficace qu'ailleurs.

Il n'en demeure pas moins que la Grande-Bretagne se caractérise par un grand sens de l'élitisme en termes de recherche, même si celle-ci ne représente pas un coût très important pour l'Etat. Les meilleurs campus européens sont indéniablement implantés en Grande-Bretagne. Il convient cependant de reconnaître que tout est loin d'y être parfait : la recherche clinique y est dans un état calamiteux. Les parts de marché en études cliniques ont été divisées de moitié au cours des dernières années, par rapport au Canada, notamment. La raison en est l'ingérence du NHS, mammouth ingérable : il gâche l'argent de la recherche. Le Premier ministre Tony Blair essaie de le réformer. Plusieurs solutions ont été identifiées par les pouvoirs publics. Ils concernent le développement des « clusters » (pôles de compétitivité), la suppression du MRC (INSERM anglais) et son remplacement par un « Institut de la santé » et la prise de contrôle universitaire d'hôpitaux du NHS, comme celui de Hammersmith.

Quelles leçons devons-nous en tirer pour la France ? Je souhaite, pour ce faire, reprendre le rapport que j'évoquais précédemment. Contrairement à ce qu'affirme le collectif « Sauvons la recherche », il importe de favoriser le développement de la recherche sur projets, sélective, en évitant le saupoudrage. C'est ce qu'affirme le rapport. Il souligne également la nécessité de redimensionner l'autonomie et la taille des universités, en les dotant de stratégies parfaitement claires. Il préconise également de créer de véritables structures de valorisation et d'intéresser financièrement les chercheurs à leurs découvertes. Pour ma part, je vais me limiter à quelques recommandations.

En premier lieu, je considère qu'il convient, en France, de concentrer essentiellement l'effort de recherche sur quelques CHU d'excellence scientifique et sur quelques équipes de ces CHU.

En deuxième lieu, je crois utile de reconstituer une véritable « voie royale » des médecins chercheurs, en mettant fin aux HDR de complaisance.

En troisième lieu, j'affirme la nécessité de supprimer de manière définitive les nominations de PU-PH par le pouvoir politique.

En quatrième lieu, il faut instaurer au sein des équipes une flexibilité entre les missions de soin, de recherche et d'enseignement.

En cinquième lieu, j'affirme qu'il est indispensable de créer un établissement public unique de la recherche médicale : la multiplicité des tutelles complique sérieusement la situation. S'agissant des CHU de recherche, je recommande de renforcer l'influence que les universités exercent sur les CHU d'excellence, de créer une véritable mission de recherche pour ces CHU et une authentique Direction de la recherche - et non pas une simple « délégation » - et de co-investir dans les centres de ressources, tels ceux de bio-informatique, ou les génopôles, ainsi que les animaleries. Nous observons un retard en ce dernier domaine dans notre pays.

A ce sujet, il importe que les universités et les EPST exercent, sur ces centres de ressources, un contrôle important.

En sixième lieu, il faut que les universités puissent bénéficier d'une évaluation qui sera réalisée par un organisme totalement indépendant tous les cinq ou sept ans. Leur dotation doit dépendre de leur performance. L'autonomie suppose une évaluation compétitive.

Pour conclure, je crois nécessaire de faire évoluer les mentalités françaises, de favoriser réellement la professionnalisation de la recherche médicale et de passionner les chercheurs pour leurs découvertes et pour leur production. Il ne nous reste plus, en ces temps électoraux, qu'à rêver d'un avenir meilleur !

De la salle

De quelle façon doit-on traiter les publications à multiples auteurs ?

Philippe FROGUEL

Si elles sont le fruit de plusieurs chercheurs issus de la même université, elles ne comptent qu'une seule fois pour celle-ci, sauf exception. J'insiste sur le fait que ce ne sont pas les personnes qui sont évaluées, mais le document. Tous les auteurs, quel que soit leur rang dans la liste des publiants, sont placés à égalité.



LA RECHERCHE CLINIQUE et sa relation avec la recherche fondamentale, LES RELATIONS DE LA RECHERCHE EN SANTE avec les autres champs de la recherche, LES FORMATIONS DOCTORALES conditions d'une recherche de qualité.

Première table ronde

Participaient à cette table ronde :

Philippe FROGUEL, Directeur de recherche au CNRS, à l'Université Lille 2

Droit et santé et à l'Institut Pasteur de Lille, Professor, Head of Section of genomic section, Imperial College of London

Christian BRECHOT, Directeur général de l'INSERM

Michel van DER REST, ancien Directeur du Département des sciences du vivant du CNR,

Jacques TOUCHON, Doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier

François LEMAIRE, Président de la Direction interrégionale de recherche clinique d'Ile-de-France (AP-HP et Université Paris 12 - Val-de-Marne)

La modération de cette table ronde était assurée par :

Lionel COLLET, Président de l'Université Lyon 1 - Claude Bernard, Vice-Président de la Commission « recherche » de la CPU

Gérard JANVIER, Président de la CME du CHU de Bordeaux



Gérard JANVIER

L'environnement de la recherche "translationnelle" en santé se caractérise par une différenciation des thèmes abordés ; s'agissant de la recherche appliquée, parlons-nous véritablement tous des mêmes choses ? La complexité s'accroît d'autant plus que les médias diffusent des messages qui, eux-mêmes, se caractérisent par leur grande complexité. Nous en sommes arrivés là parce que nous ne savons pas diffuser les bonnes informations auprès de ces médias, par exemple les résultats de l'enquête INSERM précitée. Notre collègue Froguel a insisté sur le fait qu'il convenait de ne pas considérer la recherche britannique pour ce qu'elle n'est pas, c'est-à-dire un modèle. Si, demain, nous voulons progresser, il nous faudra sensibiliser les universitaires à la recherche, théorique et appliquée. Deux objectifs s'offrent à nous : le premier vise à conquérir de nouveaux prix Nobel. Le second vise à opérer ce que j'appelle un « travail à la base ». C'est ce dernier objectif qu'il importe prioritairement de privilégier en aidant les jeunes à intégrer des programmes de recherche. Ce n'est qu'en disposant de pépinières que nous pourrons ensuite nous appuyer sur des structures de recherche responsabilisées et efficaces. Je cède la parole à Michel van Der Rest.



Michel van DER REST

Un des problèmes fondamentaux qui se pose en France est la précocité des recrutements au sein de la recherche, notamment dans les sciences de la vie. Certes, pour les jeunes, cette précocité dans l'obtention d'un poste ne constitue en rien un handicap. Cependant, peut-on considérer qu'un jeune de 30 ans, qui a produit d'excellents papiers, est un chercheur ? Je ne le crois aucunement. Pour ma part, je préconise plutôt de recruter des scientifiques plutôt que des chercheurs. Le déroulement de leur carrière s'orienterait vers deux thématiques, à savoir la recherche comme chercheur et comme ingénieur. Il convient de se donner d'une plus grande souplesse pour que les jeunes offrent le meilleur d'eux-mêmes.

Gérard JANVIER

Comment procédez-vous aux recrutements de ces jeunes ?

Michel van DER REST

La publication d'une thèse et deux ou trois années de post-doc constituent deux conditions *sine qua non*.

Christian BRECHOT

Le temps est venu d'identifier des solutions. Je suis heureux que cette réunion ait lieu, mais je suis affligé par l'attitude sectaire d'un grand nombre d'organismes de recherche, d'hôpitaux ou d'universités, qui cherchent à tirer la couverture à eux. C'est la raison pour laquelle je partage les propos de Philippe Froguel : cet égoïsme est impensable, il nous l'a dit, en Grande-Bretagne. Ceci étant dit, il nous faut nous mettre d'accord sur le diagnostic : l'on voit, en effet, des chiffres qui sont publiés sans cesse et sans aucune concordance les uns avec les autres. J'en veux pour preuve un article très récemment paru dans *Les Echos* : il contient de nombreuses erreurs. Notre pays est à niveau actuellement en recherche clinique, mais il disparaîtra au cours des dix prochaines années si aucune mesure sérieuse n'est prise pour la favoriser. Pour répondre à la question de la sélection des compétences, je considère que le mode de recrutement des individus constitue une question fondamentale. Il faut une période probatoire, sur des contrats temporaires, et sur des fonctions précises.

Réfléchir à la constitution d'un front commun réunissant les cursus de directeurs de recherche dans les EPST, de professeurs d'université dans les universités et de praticiens hospitaliers dans les hôpitaux, en y incluant des contrats temporaires modulables sur des fonctions d'activité internationale, de recherche, de valorisation économique, d'enseignement et de soins serait une mesure exceptionnellement importante. Les modalités de recrutement de nos professeurs d'université doivent être réformées : nous devons constituer de véritables jurys, comme le rappelle un récent document de la CPU, et associer des organismes de recherche à ces modalités de recrutement. J'insiste sur la formation à la recherche. Il faut réfléchir au temps-recherche pour les médecins, et au contrat d'interface entre l'INSERM et les hôpitaux. Les mesures à prendre sont relativement simples à mettre en place. L'Amérique du Nord partage ces difficultés. Nous devons avoir la capacité d'agir de façon compétitive.

Gérard JANVIER

Vous considérez donc qu'il faut identifier le potentiel de recherche chez les jeunes hospitalo-universitaires ?

Christian BRECHOT

Il faut laisser venir à la recherche des gens qui se décident plus tard : les parcours doivent être très flexibles. Nous devons nous appuyer sur une formation pas seulement élitiste : il faut viser le Prix Nobel en même temps que travailler sur la base.

Jacques TOUCHON

Une récente enquête parue dans *Le Monde* rapporte que, parmi les professions que les jeunes rêvent d'exercer, celle de chercheur ne figure pas dans les dix premières places. La profession de médecin y figure, uniquement parmi les jeunes filles. Nous observons donc un bouleversement culturel dans notre pays : la recherche n'y est plus attractive. J'observe, par ailleurs, un vieillissement de la population des chercheurs, dont le renouvellement tend à se compliquer. Il convient donc d'agir efficacement en repérant les talents de demain, non seulement prématurément comme y tend l'Ecole de l'INSERM, mais également plus tard au cours de leur cursus. Le master de recherche peut contribuer à révéler ces talents. Je souhaite revenir sur l'intérêt des interfaces. Je n'y vois d'intérêt que dans un passage. Le passage, entre un hôpital et l'INSERM, d'un



Paris, 8 et 9 mars 2007

médecin qu'il soit PU-PH ou qu'il exerce une autre fonction, constitue un élément appréciable. De telles interfaces doivent être développées. C'est en associant, en effet, tous les acteurs concernés que l'on pourra faire progresser la recherche. Il conviendrait également de faciliter les passerelles, beaucoup plus difficiles à mettre en place, entre les EPST et les universités.

François LEMAIRE

Nous n'avons pas encore rappelé qu'une partie de la recherche en France est financée par l'hôpital. Ceci est suffisamment rare dans le monde pour être rappelé. Ce financement est important : la DHOS du ministère de la Santé, donc la sécurité sociale, verse, tous les ans, 100 millions d'euros en faveur de la recherche en France. Cette contribution est appréciable car elle dote les PU-PH de moyens permettant d'effectuer une recherche de qualité, avec une évaluation tous les ans par le PHRC. Pour autant, ce financement est-il suffisant ? Beaucoup des difficultés que nous rencontrons trouvent leurs origines dans ce financement étrange : l'hôpital n'est pas conçu pour gérer des carrières de chercheurs, ni pour gérer les financements de la recherche. Il est un deuxième inconvénient : il concerne la totale absence de lisibilité. L'identité de la recherche internationale passera par une même filiation et par un « accrochage » avec l'université. Ce doit être tout l'objet du rapprochement avec elle. S'agissant de la question du recrutement des personnels, je souhaite rappeler que parmi le personnel de la recherche, les praticiens hospitaliers, en France, ne disposent ni de temps de vacation, ni de grille de salaire particulière pour la mission de recherche hospitalière.

Gérard JANVIER

Nous devons nous interroger sur l'impact de la nouvelle organisation hospitalière en pôle, chaque pôle devant avoir une structure identifiée pour la recherche.

(Mouvements divers dans la salle.)

Jean-François DHAINAUT

Concernant la formation à la recherche, il importe, dans des CHU, que les médecins soient formés à la recherche à des niveaux différents, de façon à organiser la répartition des rôles entre les soins, l'enseignement et la recherche. Ce que l'INSERM a mis en œuvre avec les contrats d'interface vise à résoudre des problèmes pour ceux qui ont un cursus universitaire. L'Ecole de l'INSERM est bien plus précoce. C'est de cet exemple que nous devons nous inspirer. A mon avis – et à l'aune de l'expérience de mon université – je crois qu'il faut sélectionner les gens très tôt en identifiant les têtes de série universitaires, dès le PCEM1. Ce sont ces personnalités qui nous permettront de mener des actions de recherche de haut niveau. Je crois également qu'il importe de constituer des écoles doctorales transdisciplinaires. Nous devons former nos élites. Nous en avons les moyens et c'est de cette façon que nous stimulerons les enseignants, qu'ils intégreront la voie de l'excellence, voie qu'ils n'auraient jamais dû quitter, et que nous enregistrons les premiers succès.

Josy REIFFERS

Je souhaite réagir à ce qui a été dit à propos de l'évaluation : il faut savoir ce que l'on évalue. Nous ne pouvons que regretter que l'HDR ne fasse jamais l'objet d'une évaluation, lors du renouvellement des contrats quadriennaux des universités. Il convient, par ailleurs, d'accorder autant d'importance à l'évaluation elle-même qu'aux conséquences de celle-ci. J'ignore si les évaluations qui seront faites en France permettront de tirer les conséquences budgétaires qui s'imposent, au profit des établissements de recherche. En outre, l'évaluation de la recherche doit être faite par des scientifiques et non pas par des gens qui sont en bonne place sur une liste électorale. Je comprends les propos de



Christian Bréchet concernant l'égoïsme des acteurs de la recherche en France, égoïsme et sectarisme qu'il déplore. Les structures hybrides actuellement existantes, telles que le CH et U, qui n'ont pas de personnalité juridique, ne sont absolument pas capables d'assurer une vraie mission de pilotage. Ce sont les établissements publics qui doivent la mener. Christian Bréchet craint, en outre, que nous ne parvenions pas à renouveler les chercheurs hospitalo-universitaires. Le problème du vivier constitue, en effet, un des plus graves qui soit pour la recherche française. Le problème est que la carrière hospitalo-universitaire reste très difficile, mais de moins en moins attractive. Je crains que les propositions que vient de nous formuler Christian contribuent à abaisser plus encore l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires ; les PH-PAST ne sont pas une bonne solution.

Gérard JANVIER

Ce sujet est essentiel. Nous ne pouvons pas nous défaire. Il s'agit de thèmes qui sont, il faut bien l'avouer, régulièrement évoqués. Aucune décision n'est cependant jamais prise. Comme tu viens de nous le rappeler, il existe un véritable risque d'appauvrissement de cette carrière hospitalo-universitaire, et de perte de jeunes pour la recherche.

Christian BRECHOT

Il est inexact de dire que les PU-PH assurent à la fois des fonctions de soins, de recherche et d'enseignement. Dois-je rappeler que l'attractivité d'une carrière est basée sur sa visibilité, sur la rémunération attendue, et sur les moyens mis à disposition pour mener les recherches ? Pour disposer de PU-PH efficaces, il nous faut les prendre tôt, faire preuve de flexibilité à leur égard et les soutenir en permanence, notamment en termes de moyens.

Lionel COLLET

Je rappelle qu'un des points dont nous devons discuter est la question de l'interdisciplinarité dans la recherche. Nous devons savoir comment rapprocher les disciplines de la santé de celles qui ne relèvent pas de ce domaine, comme les sciences de la vie, les sciences de l'ingénieur, les sciences humaines et sociales.

Jacques TOUCHON

Il semble que l'école doctorale à laquelle il a été précédemment fait allusion est probablement la solution la plus adaptée pour associer les sciences de la vie des sciences de la santé.

Gilles BOMMELAER, PU-PH, Président de la CME du CHU de Clermont-Ferrand

Au risque d'être un peu provocateur, il existe un véritable problème d'attractivité des métiers de la recherche. Depuis quinze ans, le déséquilibre se maintient au bénéfice de l'exercice clinique privé et au détriment de l'exercice public. Il existe des disparités salariales considérables entre l'exercice privé et l'exercice public. La première mesure à prendre consisterait à résoudre ce problème qui, je vous l'assure, a pour effet une véritable démotivation de nos collègues. Ainsi, par exemple, le métier de radiologue disparaît des hôpitaux publics. Par ailleurs, depuis quinze ans, parmi les métiers de médecine, ont été privilégiés les métiers liés aux soins. Il en a été ainsi du métier de PH. Il existe un véritable déséquilibre, dans nos hôpitaux, entre les métiers liés aux soins et ceux qui le sont à la recherche. Ce n'est pas le cas en Grande-Bretagne, où il y a une meilleure valorisation des carrières académiques.

Jean-Pierre FINANCE

S'agissant des jeunes, au-delà de tout ce qui a pu être rappelé sur la formation et les carrières, il nous faut évoluer dans notre capacité à leur accorder notre

confiance pour constituer de jeunes équipes très tôt dans la carrière. Nous devons réfléchir à la manière de permettre à des jeunes de valider leurs études plus tôt. Par ailleurs, je crois que nous n'avons pas suffisamment intégré la culture de projets. Or, si l'on veut relever le défi de la pluridisciplinarité, nous devons, sur un objectif donné et une période donnée, regrouper, sur une certaine période, des spécialistes provenant de diverses disciplines. Cela nous renvoie au problème de la gouvernance. Pour créer des projets temporaires pluridisciplinaires, nous devons pouvoir décider, à partir d'expertises scientifiques, et en ayant les leviers suffisants, de dédier des locaux, des équipements et des financements à ces projets.

Michel van DER REST

Je souhaite revenir sur la question de la compétitivité salariale. J'ai été impliqué dans la tentative de recrutement de deux professeurs d'université britanniques de moins de 40 ans ; cela a échoué car dans leur pays ils gagnaient respectivement 130 000 et 120 000 € de salaire brut annuel, ce que nous ne pouvions leur offrir. Nous devons avoir conscience de la réalité qui prédomine en ce domaine sur le plan international. Venant d'un organisme qui devrait être pluridisciplinaire par excellence, je crois utile de préciser qu'il convient préalablement, avant même de prétendre à l'interdisciplinarité, de justifier d'une excellence dans sa propre discipline : on ne peut nullement envisager de pluridisciplinarité sans cette condition ! face à des programmes de financement comme celui de l'ANR, il est important que nous adoptions une logique de progrès, condition *sine qua non* du succès de l'interdisciplinarité. Quand on compare la situation britannique à la situation française, n'oublions pas que 40 % du budget de la recherche de la Grande-Bretagne est destinée à la biologie et à la santé. En France, depuis quinze ans, ce pourcentage n'a pas évolué : il s'élève toujours à 25 %.

Bruno VARET, PU-PH, Vice-Président du conseil scientifique de l'Université Paris-Descartes

Il existe une véritable compétition au sein de l'hôpital, à partir d'effectif hospitalo-universitaire insuffisant, entre les fonctions de soins, d'enseignement et de recherche. Cela pose la question d'une véritable surcharge de travail, notamment de tâches administratives liées aux soins. La proposition que Christian Bréchet a formulée pour résoudre ce problème, le contrat d'interface hospitalier, me semble insuffisante. Nous devons envisager de véritables financements hospitaliers qui soient dédiés à la recherche. En tant que Vice-président du Conseil scientifique de Paris 5, je souhaite réagir à la question de l'interdisciplinarité. Je reste, en effet, persuadé que le meilleur niveau reste l'université. Un des moyens permettant d'avancer, en ce domaine, est d'être volontariste.

A Paris 5, nous essayons d'agir en sorte que l'ensemble du BQR soit destiné à des projets interdisciplinaires, qui concernent les différentes composantes de notre Université.

Jean-Pierre DIDIER, Coordinateur du pôle de recherche du CHU de Dijon

Etant responsable d'un pôle de recherche, lié à un IFR, je considère que la scission entre recherche clinique et recherche fondamentale ne doit pas être aussi prononcée qu'elle ne l'est fréquemment. En effet, ces deux disciplines ont besoin mutuellement l'une de l'autre. Je crois que la recherche fondamentale risque de progresser sans modèle. La recherche clinique est indispensable pour aider la recherche fondamentale à tendre à la recherche et au développement (RD). La recherche fondamentale n'est pas davantage « noble » que la recherche clinique n'est calamiteuse. L'une participe de l'autre et inversement. La solution consisterait donc à constituer une structure la plus adaptée regroupant la recherche en santé, permettant, dans de telles conditions, d'agir efficacement : les chercheurs pourraient participer à des activités cliniques alors que les cliniciens pourraient prendre part à des recherches fondamentales.



Lionel COLLET





Jacques TOUCHON

Notre collègue vient d'évoquer la nécessaire articulation entre recherche fondamentale et recherche clinique. Je pense qu'il est plus difficile d'employer un chercheur dans un organisme de soins, que l'inverse. N'oublions cependant pas la question de la cohorte de sujets et le suivi dont elle doit faire l'objet. Les pays anglo-saxons et scandinaves ont compris l'importance qu'il convenait de lui prêter, pour poser les questions pertinentes sur les physiopathologies, sur l'évaluation des thérapeutiques ; tel n'est pas encore le cas, du moins suffisamment, en France. Nous n'y comptons pas assez de cohortes.

Gérard JANVIER

Interrogeons-nous à présent sur les mesures que nous devons prendre. Peut-être, au moment où les conventions hospitalo-universitaires font l'objet d'une renégociation, devons-nous réfléchir sur les moyens permettant d'accompagner ces mesures ? C'est peut-être le bon moment pour cela.

Lionel COLLET

La recherche, en France, s'appuie sur un cadre réglementaire et légal : les CCPP, qui couvrent une grande partie de cette recherche. Je souhaiterais recueillir les avis de nos intervenants sur la capacité dudit cadre à permettre le développement de la recherche clinique française.

François LEMAIRE

Il est difficile de répondre rapidement et simplement à une telle question ! La réponse est, à la fois, positive et négative. La recherche sur l'homme du type Huriel est devenue d'une lourdeur redoutable. Il s'agit, en l'occurrence, d'un modèle économique de type industriel utilisé par Bruxelles et qui a été transposé en France. Bien évidemment, une grande part de la recherche clinique ne peut entrer dans ce cadre, contrairement à la recherche sur le médicament. La recherche sur le médicament est promue par les industriels. Elle est exercée par de grandes compagnies qui disposent de fonds significatifs pour la financer. Un académique ne dispose pas d'une telle capacité. Dès lors, cette recherche devient difficile à effectuer. Il existe, fort heureusement, un certain nombre de soupapes. Citons, parmi celles-ci, la solution de la « recherche sur les soins courants » qui est dérogatoire, et la loi Bioéthique de 2004 qui a prévu une certification des collections : les dispositions actuelles, qui ne sont pas encore entrées en application – le décret gouvernemental n'ayant pas été signé – prévoient, en particulier, un avis du Comité de protection, une déclaration de la collection et une information du patient. Les seuls qui se plaignent sont les CPP qui vont devoir faire face à une charge de travail supplémentaire.

Michel van DER REST

Je souhaite intervenir sur deux points. D'une part, qu'en est-il de la recherche sur l'homme au sens de votre définition de la recherche clinique ? Cette question est fondamentale, car nous avons de plus en plus de laboratoires qui travaillent sur l'homme, en sciences cognitives et en psychologie. Il existe un véritable problème. D'autre part, nous devons faire face à des publications, en particulier européennes, mais également provenant de journaux scientifiques qui sollicitent des avis de commissions dont nous ne disposons pas. Une des dernières mesures que j'ai prises au CNRS a consisté à renforcer le comité opérationnel pour l'éthique, en lui donnant la capacité de formuler des recommandations. Je souhaite attirer l'attention sur les difficultés auxquelles sont confrontés nos laboratoires dans ce domaine.

Sylvie HANSEL, Professeur à l'Université de Montpellier 1

J'interviens en tant que présidente de la conférence des 40 CPP français. Le dispositif réglementaire, j'en conviens, est particulièrement lourd. Ceci étant dit, nous avons la chance, en France, d'avoir la capacité de nous appuyer sur un



dispositif qui couvre l'ensemble des domaines de recherche et non pas uniquement celui de la recherche sur le médicament, comme le prévoit une directive européenne. Nous avons, par conséquent, bien moins de difficultés pour organiser nos projets de recherche et les soumettre à des comités de protection des personnes. Certes, nombreux sont les domaines de recherche qui échappent aux dispositions de la loi de santé publique, notamment les recherches biomédicales. Nous devons avoir une réflexion sur la constitution de comités d'éthique institutionnels qui permettraient de formuler des avis sur un certain nombre de projets ne relevant pas nécessairement de la recherche publique biomédicale.

Gérard JANVIER

Achevons, à présent, notre table ronde en évoquant la gouvernance des structures hospitalo-universitaires et sur la manière dont nous pouvons proposer de nous améliorer en ce domaine.

Christian BRECHOT

L'intégration de la pluridisciplinarité doit s'opérer à l'Université. Celle-ci doit jouer, en ce domaine, un rôle essentiel. Le point de vue d'un organisme comme l'INSERM est qu'une telle notion – la gouvernance hospitalo-universitaire en partenariat avec des EPST – ne se concrétisera qu'à la condition que l'INSERM – ou d'autres organismes – évoluent, à l'image du MSC ou des structures de ce type, en devenant à la fois un opérateur, et une véritable « agence de moyens ». Je pense que la gouvernance hospitalo-universitaire doit être revue, à l'hôpital comme à l'université. Nous ne progresserons pas sur ces questions, tant que nous ne prendrons pas conscience qu'un tel travail ne peut se réaliser que par étapes. Nous devons définir des processus permettant de mettre en œuvre des actions spécifiques et d'autres qui permettront de responsabiliser les chercheurs, en créant un cercle vertueux. Nous irons vers la constitution d'un organe de gouvernance, lequel, à l'avenir, jouera un rôle d'opérateur hospitalo-universitaire. De ce point, la discussion entre l'ANR et les organismes de recherche ne doit pas empêcher ce mouvement. Les contrats d'interface entre l'INSERM et les hôpitaux sont, à mon avis, une excellente illustration de cette discussion. La question de la gouvernance est centrale et je suis persuadé que des mesures fortes seront prises, quels que soient les résultats des élections à venir, à ce sujet. Les PRES permettront notamment de définir des modes de gouvernance différents, sur un certain nombre d'opérations emblématiques. L'INSERM est prêt à évoluer vers des modes de fonctionnement différents, pour un certain nombre de centres de recherche, à condition que chacun assume sa responsabilité ; or il y a d'une université à l'autre des ambitions et des engagements très variables.

Michel van DER REST

Le CNRS a signé, voici trois ans, un accord avec l'AP-HP. Il prévoit la possibilité de constituer des unités mixtes CNRS/AP-HP. Cet accord reste lettre morte à ce jour. Ceci est révélateur : ce n'est pas au CNRS de séparer le CH du U : c'est à vous de résoudre le problème du rapport avec l'hôpital pour que les EPST disposent d'un interlocuteur unique. Il ne revient pas au CNRS d'être un acteur de l'interdisciplinarité. Les relations entre l'Université et le CHU constituent un problème grave et important.

Gérard JANVIER

Il est deux points sur lesquels nous devons effectivement insister. D'une part, il faut différencier les agences de moyens des opérateurs. Il est inenvisageable, en effet, qu'un organisme soit, à la fois, agence de moyens et opérateur.

Christian BRECHOT

Je vous renvoie au modèle des MRC et des NIC ! La question n'est pas là, on sait très bien distinguer les évaluations, et les programmes, en identifiant les moyens qui sont mis en œuvre pour chaque fonction.

Gérard JANVIER

Concernant les opérateurs, nous devons avoir une analyse et une stratégie communes, à travers une coordination de la recherche clinique entre opérateurs. C'est à cette condition que nous progresserons de façon significative, plutôt que de rester chacun sur sa position !

Lionel COLLET

Plusieurs thèmes ont émergé ce matin. Ils concernent la formation des hommes, et la question de la pluridisciplinarité, ; le cadre réglementaire, et les limites de celui-ci vis-vis des recherches sortant du champ de la loi ; et la gouvernance du CH et U, qui est au centre de nos débats.

LA VALORISATION DE LA RECHERCHE ET LE TRANSFERT DE TECHNOLOGIE ; LA CRÉATION D'ENTREPRISES ; LES PLATES-FORMES TECHNOLOGIQUES.

Deuxième table ronde

Participaient à cette table ronde :

Etienne VERVAECKE, Directeur général d'EuraSanté Lille
Pierre TAMBOURIN, Directeur général du Génopôle d'Evry
Olivier AMEDEE-MANESME, Directeur général de Paris BioTech Santé
Gérard POSA, Directeur général d'Ezus, filiale de l'Université Lyon 2

La modération de cette table ronde était assurée par :

Laurent BUISSON, Chef du service de l'innovation et de l'action régionale à la Direction générale de la recherche et de l'innovation au ministère de l'Éducation nationale, de la recherche et de l'enseignement supérieur
Didier DELMOTTE, Directeur général du CHU de Lille

**Laurent BUISSON**

Avant d'ouvrir cette table ronde et en guise de présentation, je souhaiterais rappeler les différentes missions du Service de l'innovation et de l'action régionale : il suit les questions de RD des entreprises. Nous nous intéressons au partenariat entre les entreprises et la recherche publique, à la création d'entreprises innovantes et à la diffusion des technologies au sein des PME. Ce service est chargé du « crédit impôt recherche » et de l'établissement, avec les entreprises, des conventions industrielles de formation par la recherche en entreprise. En outre, le service suit le statut de la jeune entreprise innovante et le financement de certaines structures.

Didier DELMOTTE

L'hôpital universitaire est directement concerné par la valorisation de la recherche et doit lui-même la valoriser en partenariat avec son partenaire universitaire. Il s'agit quasiment d'une obligation sur le plan juridique. Pour un Directeur général de CHU, la valorisation de la recherche est un élément d'importance car elle constitue un indicateur de performance. Les hôpitaux sont soumis à des critères de performance très durs, avec le tarif (prix de vente imposé), mais aussi dans l'enseignement et dans la recherche. La performance se retrouve dans les contrats qui sont actuellement élaborés, les contrats d'objectifs et de moyens. Plusieurs CHU ont bien compris l'importance qu'il convenait d'accorder à cette valorisation. De plus en plus, ils s'intéresseront aux transferts de technologie : c'est pourquoi ils devront travailler avec les organismes qui les aideront à opérer cette valorisation. Pour la réussir, il



convient de réunir de grandes compétences et d'opérer en amont, avec les organismes de valorisation notamment.



La valorisation de la recherche est, à la fois, une mission de l'hôpital et des établissements d'enseignement supérieur et de recherche. En effet, si l'on examine le Code de l'éducation ou le Code de la recherche, on trouve, parmi les missions des universités, la diffusion des résultats issus de la recherche. L'importance qu'il convient d'accorder à cette valorisation n'a nullement pour origine ou pour motivation des considérations financières. La valorisation ne poursuit pas cet objectif. Les pouvoirs publics n'imaginent pas que le fait de confier aux universités cette mission vise à abaisser le niveau de leur dotation budgétaire. Le contribuable investit dans la recherche publique. Il doit donc bénéficier d'un « retour sur investissement ». Certes, l'argent constitue un moyen qui permet de mesurer la valorisation de la recherche. Mais, ce n'est pas parce que l'on utilise l'argent pour mesurer la valorisation que l'on agit pour des motivations strictement financières. L'Etat a accompagné l'organisation de la recherche. Cette complexité que nous y constatons est souvent la source de difficultés. Bien souvent, les moyens dédiés à la valorisation de la recherche en particulier dans les établissements d'enseignement supérieur qui sont investis sont insuffisants, en particulier. Lorsque ces moyens leur sont attribués par les pouvoirs publics, leur répartition est inégale et dispersée. Dès lors, on peut s'interroger sur l'efficacité d'un dispositif visant à mettre en commun les moyens dédiés à la recherche, mais à ne pas mettre en commun ceux qui visent à valoriser les résultats issus de cette même recherche ! Une des conséquences en est le manque de lisibilité du dispositif. L'évolution du paysage industriel de la France introduit, par ailleurs, de nombreux changements. En effet, l'essentiel du tissu industriel était, jusqu'à une date récente, essentiellement contrôlée par l'Etat. A l'époque, de nombreux transferts entre établissements publics d'enseignement supérieur et de recherche et sociétés nationales n'étaient pas formalisés. La propriété intellectuelle restait dans la sphère publique française. L'implantation des investisseurs étrangers et des sociétés étrangères a permis de prendre conscience du fait que, lorsqu'un établissement public possède un brevet, il doit le conserver par devers-lui. La détention de la propriété intellectuelle est alors un élément crucial.

Olivier AMEDEE-MANESME

La valorisation suppose de publier, de déposer des brevets ou de les faire valoriser par des organes de recherche. Le CEA est un organisme qui, à ce propos, agit remarquablement bien. L'INSERM et le CNRS ne font pas preuve de la même efficacité. La valorisation suppose également de créer des sociétés. Tel est le cas de Paris BioTech Santé, qui est une structure universitaire implantée au sein d'un hôpital, à savoir l'hôpital Cochin. Cet incubateur n'aurait pas existé sans la préexistence d'un lien puissant entre l'Université Paris 5 et l'hôpital Cochin. Nous y avons constitué une pépinière. Dans un bâtiment de 5 000 m², nous avons réservé 1 200 m² à notre incubateur, qui est lui-même complété par un « hôtel d'entreprises » que la Mairie de Paris a créé à proximité de notre pépinière. Des conventions ont été signées avec l'Institut Pasteur, la Faculté de pharmacie et celle de médecine de Paris 5, l'Institut Curie ou l'hôpital Cochin. La constitution de notre incubateur est donc un véritable défi. EN cinq ans, nous avons levé 77 millions d'euros auprès des fonds de capital-risque et auprès des entreprises, et créé 405 emplois. Nous faisons quatre millions d'euros de chiffre d'affaires par an et nous sommes vraiment utiles aux malades.

Etienne VERVAECKE

Le GIE EuraSanté a pour mission de valoriser les savoir-faire des professionnels de santé de notre région, de ses chercheurs ou de ses cliniciens. Il n'a donc pas pour objectif de créer des entreprises innovantes issues des laboratoires de recherche, comme tel est le cas de Paris BioTech Santé. Notre priorité n'est donc pas la création d'emplois mais plutôt le transfert de technologie vers nos partenaires. Le succès que nous avons rencontré s'explique par le fait que l'ensemble des partenaires d'EuraSanté s'est approprié ce concept. L'articulation de l'outil semble être singulièrement optimale. Notez qu'EuraSanté n'est pas un



outil exclusivement interne ou exclusivement externe à l'hôpital. Il est, à la fois, à l'intérieur et à l'extérieur du CHUR de Lille, notre partenaire principal. Nous sommes associés à toutes les étapes qui permettent à un laboratoire de recherche d'interagir avec son tissu économique. La valorisation n'est satisfaisante qu'à la seule condition que ces questions soient au cœur des stratégies scientifiques des établissements avec qui nous travaillons. Notre ouverture en direction du tissu économique permet de nous interroger et de sensibiliser les acteurs de ce tissu à la question de la valorisation de la recherche. Nous contribuons à la réflexion que mène le groupe de

travail dédié au guichet unique. On y trouvera les équipes qui sont dédiées à la valorisation et au transfert des différents établissements avec qui nous travaillons sur l'actualité de chacun d'entre eux. EuraSanté a soutenu les projets d'une trentaine de sociétés du campus hospitalo-universitaire de Lille. Il accompagne une dizaine d'opérations de transferts, tous les ans, en liaison avec les structures de valorisation de nos deux principaux partenaires que sont le CHU de Lille et l'Université de Lille 2. Depuis 18 mois, nous collaborons à l'installation du pôle de compétitivité « Nutrition santé longévité » au sein de la région. Depuis lors, nous avons vu germer une quarantaine de projets collaboratifs. Le système que nous avons donc mis en œuvre fonctionne bien car les partenaires se sont approprié résolument notre ambitieux projet. Il réussit car nombreux sont les acteurs locaux qui se sont impliqués dans la mise en cohérence, depuis bien longtemps, de la stratégie hospitalière et universitaire du campus.

Laurent BUISSON

Je retiens des deux dernières interventions l'importance qu'il faut accorder au développement des pépinières, que les Américains désignent sous le terme « parcs de recherche ». C'est dans le secteur de la recherche qu'ils sont les plus étroitement liés aux établissements publics. Citons les exemples de Sophia Antipolis ou de Grenoble. Les établissements publics hospitaliers, d'enseignement supérieur ou de recherche, nous le relevons au travers de vos deux exemples, sont au cœur de cette activité de développement économique et d'animation d'un parc de recherche. Je retiens également de vos interventions l'importance qu'il convient d'apporter à la thématique du guichet unique.

Gérard POSA

Ezus est une société privée dont les parts sont majoritairement contrôlées par notre université. Elle vise à la gestion des relations des laboratoires de recherche, des chercheurs et des étudiants qui y travaillent avec le tissu industriel. Elle œuvre également au montage et à la valorisation de projets. La valorisation suppose d'être présent au quotidien auprès de tous les enseignants chercheurs pour les sensibiliser à l'importance de la préservation de la propriété intellectuelle. Trop souvent, nous constatons de nombreuses sollicitations de la part des acteurs industriels alors que des accords, que ce soit sous forme orale ou écrite, ont été passés entre le chercheur et le tiers industriel. A travers la gestion des opérations, nous sommes à même d'accompagner les enseignants chercheurs. 80 % à 90 % des projets qui sont élaborés par des chercheurs de l'Université Claude Bernard transitent, au préalable, par la filiale de valorisation de Lyon 1 Ezus. Nous ne parvenons pas systématiquement à identifier, en revanche, la valorisation d'un projet procédant d'un savoir-faire ne relevant pas d'une collaboration partenariale. Notre structure réalise 2 000 opérations de valorisation tous les ans pour un budget de 28 millions d'euros. Nous ne détenons cependant pas l'exclusivité en ce domaine : en effet, l'Université de la





Méditerranée s'est également dotée de sa propre filiale de valorisation de sa recherche. La structure de valorisation de l'université a également pour mission d'être au service de l'ensemble des établissements du PRES, que ceux-ci soient fondateurs ou partenaires dudit PRES. Dans le domaine de la santé, certains de nos enseignants chercheurs sont livrés à eux-mêmes et ils ne possèdent pas systématiquement les réflexes qu'ils devraient adopter pour valoriser les travaux et les recherches qu'ils mènent.

Laurent BUISSON

Quels sont les éléments les plus importants dans la valorisation d'un travail de recherche dans le domaine de la santé ?

Etienne VERVAECKE

Les deux éléments fondamentaux sont le temps et l'argent : le temps de la maturation scientifique et les investissements nécessaires sont bien plus importants en ce domaine que dans d'autres, lorsqu'on envisage de créer une entreprise innovante dans le domaine de la bio-santé : délai plus long de maturation scientifique, exigence de preuves de concepts pour le transfert vers un industriel.

Olivier AMEDEE-MANESME

Les dépenses opérées entre l'instant où l'on sort du laboratoire de recherche et les premiers essais sur un patient s'établissent, à minima, à huit millions d'euros. Le temps écoulé est estimé à sept ans. Ceci prouve à quel point les entreprises innovantes dans le domaine de la santé ne sont aucunement confrontées aux mêmes défis que ceux que doivent relever les sociétés informatiques, notamment. A l'inverse, certaines structures connaissent un développement particulièrement rapide : j'en veux pour preuve l'entreprise créée par un ancien Directeur général de la Santé qui a remporté, en moins de deux ans, plusieurs contrats pour un montant total de vingt millions d'euros !

De tels cas restent cependant limités : développer un médicament suppose de s'y consacrer pendant dix ans.

Gérard POSA

Il y a d'autres caractéristiques. Le premier réflexe des chercheurs en santé serait plutôt de se tourner vers l'INSERM que vers les universités où des structures comme les nôtres sont basées. Le réflexe des médecins est d'abord de se tourner vers l'hôpital où ils exercent leur autorité.

Pierre TAMBOURIN

Après avoir été longtemps indifférents au domaine de la biologie-santé, les structures de valorisation de certains organismes croient qu'elles vont faire fortune en vendant des projets dans ce domaine aux entreprises. Chacun doit faire preuve de maturité et avoir une vision réaliste des choses.

Philippe FROGUEL

Le plus important est de responsabiliser les chercheurs. Certains intervenants ont souligné la faible efficacité des passerelles entre l'INSERM ou le CNRS et les structures comme BioTech. Précisons que cette faiblesse s'explique notamment par la démission des chercheurs eux-mêmes.

Olivier AMEDEE-MANESME

Les personnels hospitalo-universitaires ont la chance de pouvoir s'adresser à l'hôpital. A l'AP-HP, nous avons vu se constituer une Direction de la recherche clinique remarquablement bien organisée. Il s'agit, en l'occurrence, d'un excel-

lent partenaire avec lequel nous n'enregistrons aucun problème. Il n'en est pas toujours de même avec l'INSERM ou le CNRS. Cette Direction fonctionne véritablement dans une démarche professionnelle, et en partenariat avec l'université.

(Applaudissements)

Laurent BUISSON

Il est un autre critère important : il concerne la proximité. Il convient de définir un juste équilibre entre le chercheur et l'équipe de valorisation de la recherche. Observez de quelle façon sont organisées les grandes universités américaines : le campus médical y est souvent éloigné du campus scientifique. Les équipes de valorisation sont, par conséquent, souvent dissociées. Les membres de l'équipe dédiée à la santé sont logés à proximité de la faculté de Médecine et de l'hôpital. Ceux de l'équipe scientifique sont installés non loin du campus scientifique. Le ministère délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche met en avant la notion de mutualisation, permettant d'atteindre un professionnalisme indispensable et la taille critique nécessaire. Selon ce que l'on a besoin de faire, il est indispensable de rechercher une grande proximité.

Etienne VERVAECKE

Le dispositif français de financement de la recherche s'appuie sur les moyens qui sont mis en place par l'ex-ANVAR, moyens qui prennent la forme d'une avance remboursable, dénommée « aide au transfert » et sur le financement sur un appel d'offres initié par l'ANR. On recense une trentaine de tels appels d'offres tous les ans. Les moyens cumulés à travers ces deux dispositifs (ANR et OSEO Innovations) ne sont aucunement suffisants : ils sont deux à trois inférieurs à ce qu'il est nécessaire de mettre en œuvre. La mutualisation entre les structures ne peut réussir qu'à condition qu'il existe une relation de confiance entre les acteurs et que les dispositifs mis en œuvre soient pragmatiques et opérationnels. La résolution du problème de la valorisation ne se trouve pas dans l'augmentation des moyens humains : elle se trouve dans l'augmentation des dotations financières et dans la mise en place d'un dispositif d'évaluation des projets ayant bénéficié de ce financement.

Olivier AMEDEE-MANESME

Nous avons les moyens de fonctionner correctement : il n'y a pas pléthore de projets à valoriser. Je ne crois pas que j'accepterais le doublement de mon budget, car un tel doublement sera inutile !

François LEMAIRE

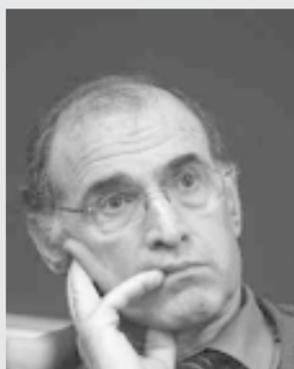
J'ai une question sur le thème du partage des responsabilités et sur la propriété intellectuelle. Que proposez-vous à ce propos ?

Etienne VERVAECKE

Une des plaies de la valorisation en France est la multiplicité des tutelles et de l'appétit de ceux qui souhaitent exercer un droit de propriété sur les résultats de recherche. De ce fait, la copropriété qui s'établit entre différents établissements et des entreprises introduit des complexités. Nous devons appréhender cette relation différemment. Le rapport de l'Inspection générale des Finances est, à ce propos, très intéressant.

Gérard POSA

Il est toujours possible d'établir des relations de bon voisinage avec les acteurs de la valorisation. Le plus important est de s'entendre sur les retours. C'est sur ce point qu'il est toujours préférable de bien s'entendre. L'accord de copropriété est toujours difficile à mettre en œuvre, nous le savons et c'est pourquoi il est important que les partenaires accordent leur position.





Olivier AMEDEE-MANESME

La situation n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît, notamment pour une start-up. La négociation qui s'engage avec les industriels devient, dès lors, particulièrement délicate. Il convient donc d'établir des normes. Si l'Etat n'institue pas de normes, il sera difficile de gagner de l'argent et d'agir avec efficacité.

Didier DELMOTTE

Savez-vous que les hôpitaux ne peuvent pas participer au capital risque d'une entreprise ? Pour ma part, j'envisage de forfaitiser une participation du CHU et de l'université, afin de prouver qu'il n'y a pas de lien entre le fait de participer et le retour sur investissement.

Jean-Pierre HUGOT, Professeur à l'Université Denis Diderot - Paris 7

Ma question concerne ceux qui prennent en charge ces start-up. Les statuts dont nous disposons se distinguent par leur caractère public. Je reste persuadé que la structure la plus adaptée est celle qui intègre le chercheur qui a fait la découverte et que ce dernier accompagne. Quelles mesures doit-on prendre en faveur des personnes qui prennent en charge ces start-up ?

Laurent BUISSON

La loi Allègre donne des libertés aux fonctionnaires de l'enseignement supérieur et de la recherche qui n'existent dans aucun autre secteur de la fonction publique.

Olivier AMEDEE-MANESME

La loi Allègre intègre des dispositions non-bloquantes pour les personnels hospitalo-universitaires. Je ne connais aucun praticien hospitalier qui souhaitait être mis en disponibilité qui ait été gêné. En général, les directeurs d'hôpitaux et les établissements de soins agissent de manière à faciliter les choses pour ceux des personnels hospitalo-universitaires qui nourrissent un projet d'entreprise, à condition que ceux-ci aient fait preuve de transparence à l'endroit de leur hiérarchie.

Laurent BUISSON

Il existe nombre d'exemples de fonctionnaires mis à disposition d'une société – sans contreparties – et qui peuvent participer aux travaux de cette société, pendant une, voire deux années. Le seul point qui retient certains des scientifiques qui pourraient être intéressés par un tel projet est le risque d'une prise de distance vis-à-vis de leur laboratoire. La loi de programme pour la recherche prévoit le concept de détachement à temps partiel. Il permet à un scientifique de partager son temps à égalité entre le laboratoire et sa jeune société.

Didier DELMOTTE

Cette question de la rupture du lien est particulièrement délicate. Pour qu'un jeune chercheur ait la possibilité de valoriser sa recherche, son équipe effectue un effort très significatif. Je regrette que, trop souvent, ces jeunes chercheurs l'oublient.

(Applaudissements)

Marie MIZZI, (ANEMF), étudiante en 4^e année de médecine à Bordeaux 2

Je représente l'Association nationale des étudiants en médecine de France. Il est très difficile de se prononcer sur le sujet que vous évoquez ce matin car nous ne connaissons pas suffisamment bien la recherche en médecine. Il existe trois moyens d'intégrer un cursus de recherche. Citons les postes que propose l'INSERM, dont le nombre est réduit, l'internat dans les carrières hospitalo-universitaires et les MSBM, qui suscitent de notre part nombre d'interrogations. La possibilité de mettre en place un stage en recherche clinique ou en laboratoire pour les externes permettrait, à l'en pas douter, de pouvoir nous prononcer plus aisément sur ces questions.

Mathilde PELISSIER, Présidente de l'Association nationale des étudiants sages-femmes

Je représente l'Association nationale des étudiants sages-femmes. Un enseignement universitaire, dès la formation initiale, nous permettrait de mettre en question nos pratiques et de bien connaître ce qui doit être dans le domaine de la maïeutique. Comme futurs professionnels de la santé, nous considérons que nous avons droit à une place dans la recherche.

Bertrand FORTIN, Président de l'Université de Rennes 1

La valorisation ne se décrète pas, une fois que la recherche est opérée. Nous devons donc introduire la sensibilisation à la valorisation et au transfert dans nos disciplines, quelles que soient nos filières d'enseignement. Nous ne devons pas nous focaliser sur des savoirs et sur des compétences. Ce que nous a dit Didier Delmotte à propos de l'attitude des jeunes chercheurs est, de ce point de vue, très intéressant : la recherche est le fruit d'un authentique travail d'équipe. Encore faut-il que celles-ci soient réellement homogènes et que les différentes missions soient couvertes. C'est tout le défi qui est posé à l'université, c'est-à-dire de savoir couvrir ces différents domaines, en particulier dans le domaine de la valorisation et du transfert.

Pierre CHARBONNEAU, PU-PH à l'Université Claude Bernard - Lyon 1, responsable de la coordination nationale des instituts fédératifs de recherche
Je regrette que l'on n'ait pas encore parlé des IFR ce matin. Certains IFR sont de véritables moyens de valorisation. Je souhaite connaître votre position sur le renforcement des cadres administratifs et juridiques de ces structures.

Jacques TOUCHON

Il est parfaitement exact que les IFR sont en péril. Ces structures sont pourtant très intéressantes et elles établissent un lien entre les EPST et les services hospitalo-universitaires. Pour répondre à une étudiante membre de l'ANEMF, l'information en matière de recherche, dans le cadre des études de médecine, est nettement insuffisante. Nous en sommes réellement persuadés. L'école de l'INSERM est trop élitiste pour être efficace : elle n'est accessible qu'à une infime minorité d'étudiants. C'est la raison pour laquelle il convient de favoriser le parcours de l'étudiant en médecine.

Christian SERGHERAERT, Président de l'Université Lille 2

Nous sommes tous convaincus du succès des IRF en matière de valorisation et de structuration.

Laurent BUISSON

Au début des années 2000, le Ministère a précisé aux établissements publics l'importance qu'il leur fallait porter à la détention de la propriété intellectuelle. Ce rappel se justifiait par le fossé entre les résultats issus de la recherche des laboratoires universitaires et ce que détenaient les établissements publics. Il ne faut pas croire que la solution la plus simple consiste à « abandonner » à une société la propriété intellectuelle d'une recherche car l'on ne sait jamais de quoi l'avenir est fait. Il existe, si cette société est rachetée par un groupe dont les intérêts, notamment financiers, sont divergents, un risque de voir ainsi une découverte neutralisée pour des motifs strictement stratégiques. Ceci prouve combien une telle détention doit être l'objet de toutes les attentions. La copropriété est envisageable à condition que le règlement qui y préside soit suffisamment clair et compréhensible. La rédaction des contrats de copropriété nécessite une solide expérience. C'est le principe du mandataire unique qu'il convient, dans ce cadre, de développer. Nous sommes favorables à la généralisation de ce principe. Certains intervenants ont soulevé la question des moyens financiers : elle est importante, mais elle ne doit, en aucun cas, être le prétexte à des disputes ou à des querelles, notamment entre les établissements participant à une découverte.

C'est la raison pour laquelle nous réfléchissons à une clarification des dotations financières en fonction de l'identité du possesseur de la découverte, de son gestionnaire, du récepteur et de l'informateur. Tant que ces quatre identités seront imbriquées, la situation ne se simplifiera pas. Nous devons donc progresser sur ces questions.

Gérard POSA

Je souhaite que les notions de guichet unique et de valorisation soient réellement prises en compte par le ministère de l'Éducation nationale. Il convient de faire profiter ces structures de ce qui a été entreprise en faveur des pôles de recherche et d'enseignement supérieur.

Laurent BUISSON

Nous en sommes parfaitement conscients.



OUVERTURE DES DEBATS DE L'APRES-MIDI

**L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE,
CENTRE D'EXCELLENCE »**

Axel KAHN

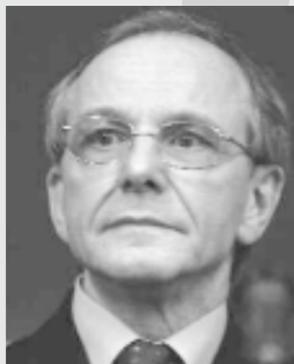
*Directeur de l'Institut Cochin
(Université Paris 5 - Paris-Descartes)*



L'hôpital universitaire est le lieu normal d'exercice des missions de l'hôpital et de l'université dans le cadre de la médecine et des sciences de la santé. Interrogeons-nous sur les moyens de passer de cette évidence à sa mise en pratique dans la réalité, habités du souci de la qualité maximale. Pouvons-nous identifier les obstacles nous empêchant de ré-hausser notre niveau. L'université a pour mission de transmettre les savoirs, de former aux techniques d'amélioration du savoir, de dispenser une formation professionnelle et technique et de constituer un lieu privilégié d'enseignement populaire, de débat et de diffusion de la culture sous toutes ses formes. Tous ces objectifs sont également valables pour l'hôpital, dont la mission première est d'assurer des soins de qualité. La progression des savoirs illustre combien la recherche et l'enseignement supérieur sont liés. Un chercheur ne se conçoit pas sans qu'il ait la capacité de transmettre ses connaissances. De même, la formation aux techniques de la recherche fait partie intégrante du métier d'enseignant du supérieur. L'hôpital universitaire est la structure normale dédiée à l'enseignement de la médecine et des sciences de la santé. Le succès des missions qui lui sont dévolues exige de s'intéresser à la qualité de leur intégration et de leur complémentarité, c'est-à-dire à la suppression progressive de tous les obstacles à la fluidité des échanges et des transmissions de techniques, de connaissances ainsi qu'à la continuité naturelle entre les formes d'activités. S'agissant de l'hôpital, cela requiert de s'intéresser aux activités de recherche et de soin en même temps, l'enseignement supérieur prolongeant l'un et l'autre de façon naturelle. Cela est une évidence car la notion selon laquelle la connaissance est directionnelle et linéaire, allant des données fondamentales à l'action au lit du malade, n'est plus tenable. En réalité, les savoirs évoluent au rythme d'un va-et-vient continu.

Les découvertes témoignant de cet échange permanent sont légions. Pour montrer combien les connaissances fondamentales peuvent dépendre de l'observation clinique au lit du malade, je prendrai quelques exemples : l'élucidation de la structure des anticorps ; l'étude des relations structure-fonction de l'hémoglobine et l'apport des multiples mutants détectés chez les malades. A l'Université Paris-Descartes, une autre illustration de la richesse de l'observation clinique nous est fournie par les travaux du laboratoire de Laurent Abel et Jean-Laurent Casanova. La dissection des prédispositions génétiques aux différentes maladies infectieuses a abouti à une modification fondamentale des paradigmes en vigueur. Il y a dans ce domaine un avant et un après découlant de l'observation de malades électivement susceptibles à des classes particulières d'agents infectieux. On peut citer également la découverte des anti-oncogènes à partir de tumeurs héréditaires (tumeur de Wilms, rétinoblastome), la caractérisation ultérieure de leur rôles dans la régulation du cycle cellulaire et la sénescence.

En sens inverse, les savoirs découlant d'une recherche fondamentale et fécondant les champs de la physiopathologie et de la thérapeutique sont nombreux. Ainsi, dans mon laboratoire, la découverte de l'hormone contrôlant le fer, et sa responsabilité dans les désordres du métabolisme de ce métal (surcharge, anémie inflammatoire, etc.), a bouleversé en profondeur la vision que l'on a de ces maladies, et changera leur traitement. Parmi les médicaments fondamentaux de demain, les petits ARN interférents - il est probable que ce seront des antiviraux, antibactériens, antiparasitaires, antitumoraux, dès lors que l'on aura amélioré leur biodisponibilité - sont issus d'une recherche à l'origine très fondamentale, sur des insectes et sur des végétaux. Dans le domaine des sciences de la vie, il n'existe pas de voie privilégiée pour parvenir à la découverte. Un vaste ensemble de conditions doit être réuni pour qu'une observation princeps, qu'elle découle de l'observation clinique ou du résultat d'une recherche expérimentale, débouche sur un plein développement, en amont (vers les connaissances de base) ou en aval (vers le lit du malade).



Je rappelle qu'un hôpital, de par sa mission de soin, n'est jamais totalement spécialisé : il demeure pluridisciplinaire. Pour autant, cette pluridisciplinarité n'est pas contradictoire avec la nécessité de se focaliser sur un domaine de recherche. La médecine expérimentale et moléculaire moderne requiert, en réalité, la pluridisciplinarité. Elle exige la constitution de plates-formes, dont les outils sont les mêmes, qu'ils s'appliquent à la recherche sur le cancer, le diabète ou l'asthme. Bon nombre des acteurs qui interviennent dans ces différents champs sont communs.

Il est une autre exigence dont il convient de tenir compte : il s'agit de l'acculturation aussi poussée et complète que possible des uns à la spécificité des missions des autres. L'acculturation réciproque, il me semble, n'est pas compliquée en elle-même. Elle connaît cependant des obstacles qui tendent à s'aplanir avec les années. L'intégration des équipes hospitalières, universitaires et des chercheurs des EPST permet d'augmenter le niveau de compréhension des phénomènes physiopathologiques. Il existe de véritables formes de détachement : le cursus hospitalo-universitaire l'a prévu. Elles se sont, avec le temps, développées et ont favorisé des réussites. Il subsiste, en revanche, un obstacle important qu'il est essentiel de surmonter. Il s'agit de la simultanéité d'exercice de la triple fonction, soins, enseignement et recherche.

Cette fiction, je le crois, ne résiste plus à la réalité. Des solutions existent pour y échapper : elles exigent de la volonté et de la résolution. La triple mission serait confiée à une équipe de soins, de recherche et d'enseignement. En aucun cas, il ne reviendrait aux mêmes personnes d'assurer les trois activités à la fois. Il existe deux scénarios pour y parvenir. Le premier est la coexistence, au sein même de ces équipes, d'une série de collaborateurs bi-fonctionnels, soins-enseignement, soins-recherche ou recherche-enseignement. Bien sûr, ces définitions des tâches principales n'excluent pas une participation plus marginale à la troisième mission de la tri-appartenance.

Nous ne parviendrons à cet objectif qu'à condition que les carrières et les statuts soient harmonisés, dans l'hypothèse où les unes et les autres ne sont originellement pas homogènes. Le deuxième scénario vise à confier aux personnels intégrant ces équipes une double mission, non pas de manière simultanée, mais plutôt s'échelonnant dans le temps, comme dans les pays anglo-saxons. De telles réformes exigeront pour devenir possibles qu'un effort très significatif soit effectué en matière de recrutement afin qu'il y ait suffisamment de monde pour assurer chacune des missions.

Vous l'aurez compris, l'hôpital universitaire a vocation à tendre vers l'excellence. Il est également le lieu normal d'exercice des métiers des personnels hospitalo-universitaires, là où peut s'épanouir leurs ambitions légitimes. Des solutions existent pour remédier aux blocages encore trop souvent constatés. Encore faut-il que nous puissions nous appuyer sur une vision politique à long terme au service de laquelle seront consentis les moyens publics et privés nécessaires. La lucidité et la volonté sont deux conditions indispensables au succès.

Jean-Louis LUMINEAU
Directeur d'un centre hospitalier

Il existe en fait quatre missions : le soin, l'enseignement, la recherche, et la gestion.

Alex KAHN

Je n'ai pas cité la gestion, car elle s'intègre dans les trois autres fonctions. Mais, pour diriger un centre de recherche de six cent personnes, je sais que ce n'est pas léger...

Bernard CHARPENTIER

Vous avez parfaitement raison de rappeler que la triple mission, à égalité de temps et pour un seul individu, est illusoire. Nous savons pertinemment à quel point nous ne pouvons pas travailler sur trois domaines à la fois, en ne consacrant à chacun de ces domaines, 33 % de notre activité. Le défi que nous

devrons relever ne sera pas de recruter, dans les équipes que vous évoquiez, un chercheur exceptionnel, mais un excellent gestionnaire d'équipe. Quelqu'un qui soit l'équivalent d'un chef de guerre, d'un shogun. Il lui reviendra d'organiser la triple activité au sein de son équipe et sur une durée longue. Cette organisation est difficile, mais, à partir du moment où l'on peut justifier d'un véritable talent managérial, on peut s'impliquer dans un tel projet. Il faut notamment savoir surmonter les conflits de personnes. C'est la raison pour laquelle je souhaite insister sur la nécessaire capacité managériale de ces professionnels à inscrire leur action dans le temps, sur les 40 années de la vie professionnelle. Agir dans la durée : parfois certains sont très brillants, mais ils s'écroulent, un jour !

Jean-François DHAINAUT

L'efficacité d'une équipe dépend de son extrême structuration et de sa véritable organisation.

Daniel SECHTER
Vice-Président de l'Université
de Franche-Comté

Je comprends ce qui a été dit au sujet de la triple mission, sachant que le domaine du soin recouvre la prévention, la promotion de la santé et l'organisation des soins, y compris dans l'enseignement et dans la formation initiale et continue comme dans la recherche où l'on trouve différents éléments d'organisation et de valorisation. La valorisation concerne non seulement le domaine économique, mais également le domaine social. Elle concerne non seulement les médecins, mais aussi les autres personnels de santé. Pour bien associer les autres métiers de la santé, la question de la lisibilité est également un thème important : à ce propos, différents étudiants ont relevé ce matin la faiblesse de la lisibilité de la recherche dans le domaine de la santé, en matière universitaire. Tout en favorisant l'interdisciplinarité, on peut donc s'interroger sur les moyens de mieux identifier le domaine santé, dans les universités.

Albert-Claude BENHAMOU

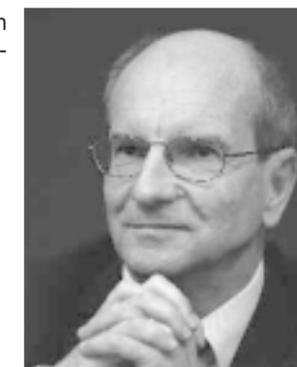
Je souhaite souligner la difficulté de ma section du CNU à juger, dans le cadre du processus de sélection des futurs PU-PH, dans le même temps, de leurs talents dans les trois fonctions.

Axel KAHN

Le système actuel est devenu véritablement insatisfaisant, et quelque peu schizo-phrène. Nous savons très bien qu'il faut avoir une bonne liste de titres et travaux, pour devenir PU-PH, mais en même temps nous avons besoin de très bons praticiens pour soigner les malades. Des médecins, fréquemment, n'ont pas le goût pour les sciences expérimentales. N'est-il pas plus simple de considérer la capacité de certains professionnels de santé à exceller dans un seul domaine, quand certains autres excellent dans deux domaines ? Nous devons statutairement le reconnaître et l'admettre.

Jean-François DHAINAUT

Le CNU doit tenir compte de l'équipe et de son organisation interne, quand il doit évaluer l'investissement des personnes.



« L'HOPITAL UNIVERSITAIRE, CENTRE D'EXCELLENCE »

Troisième table ronde

Participaient à cette table ronde :

Bernard CHARPENTIER, Président de la conférence des doyens de médecine
(Université Paris 11 - Paris Sud CHU Bicêtre)

Gilles BOMMELAER, Secrétaire général de la conférence des présidents de CME (CHU de Clermont-Ferrand)

Didier DELMOTTE, Directeur général du CHU de Lille (représentant **Paul CASTEL**, Président de la conférence des directeurs généraux de CHU, Directeur général des Hospices civils de Lyon)

Gérard VINCENT, Délégué général de la Fédération hospitalière de France

Cette table ronde était modérée par :

Francis GIRAUD, Sénateur des Bouches-du-Rhône

Josy REIFFERS, Directeur de l'Institut Bergonié, ancien Directeur adjoint du cabinet du ministre de l'Education nationale



Francis GIRAUD

Je suis un hospitalo-universitaire (émérite), un élu local (maire d'une ville de 5 000 habitants), et en tant que parlementaire, j'ai été rapporteur, au Sénat, de plusieurs lois de santé publique ou de bioéthique. Le Premier ministre m'a très récemment confié une mission de réflexion sur les centres hospitaliers et universitaires. Vous le savez, la population française regarde avec fierté les CH et U : les Français les considèrent comme des lieux d'excellence, ils veulent tous y être soignés. Je me suis donc interrogé sur la réalité de ce sentiment, et j'ai fait un tour de France, pour rencontrer les acteurs du système, et je remercie tous ceux qui m'ont reçu, très amicalement. Les missions du CH et U sont fondamentales dans la santé publique, qu'il s'agisse des soins, de la recherche et de l'innovation, ou encore de l'enseignement de l'ensemble du monde de la santé. Or, cette formation universitaire est une condition *sine qua non* de l'excellence des soins. Cette affirmation est la clé de nos débats. Nous sommes rémunérés par l'Etat pour le service de nos concitoyens. Les CH et U ne produisent pourtant pas les résultats qui en étaient attendus. Quelle en est la raison ? La loi Debré de 1958 a constitué une révolution car elle installa l'université au cœur de l'hôpital. Au fil du temps, les nécessités des soins ont modifié la donne. Cependant, l'idée originale reste bonne, même si elle mérite d'être aménagée. Or, dans un pays où on se plaint du trop grand nombre de lois et de règlements, il n'y en a pas pour les CH et U ! Savez-vous notamment que le seul lien juridique existant entre l'hôpital et l'université est une simple convention ? Celle-ci varie selon l'endroit où elle est signée. Il semble cependant que nous assistions à un renouveau de ces textes et je m'en félicite.

Ma seconde remarque concerne la complexité des CH et U. Du côté hospitalier, on recense un grand nombre d'intervenants et d'acteurs : niveau ministériel, niveau local, ARH, DDASS... S'agissant des établissements universitaires, les codes et les statuts sont différents selon que l'on se place du point de vue hospitalier ou du point de vue universitaire. Ceci explique que nous ne parvenions pas à atteindre la convergence des objectifs et des moyens. La coopération repose sur la bonne volonté des responsables. Comment admettre que des structures aussi lourdes ne disposent pas d'un pilotage national interministériel ? Pourtant, un tel pilotage est prévu par la loi, mais sur ce point, celle-ci n'a jamais été appliquée ! Le problème ne concerne donc pas la loi, mais plutôt la capacité à définir en commun des objectifs généraux, et des moyens adaptés à l'atteinte de ces objectifs. Les contrats quadriennaux devraient intégrer un volet spécifiquement dédié à la santé. De même, les projets d'établissements devraient intégrer un volet d'enseignement et de recherche dans ce domaine. Pour la recherche : le directeur général dit : c'est moi ; le président de l'université fait de même, le doyen également, ainsi que le CNRS et l'INSERM...



Dans ces conditions, il est logique que le système ne donne pas le meilleur de lui-même : Axel Kahn n'a pas manqué de le rappeler. Certes, en France, la qualité des soins est indéniable. Il me semble, pourtant, que la formation médicale initiale, qui est certes de grande qualité, n'est pas parfaitement adaptée aux missions qui vont être confiées à nos futurs médecins. Je ne crois pas qu'elle réponde aux attentes de la population de notre pays, attentes qui concernent prioritairement la médecine générale. Je crois donc que nous devons organiser une meilleure répartition des postes sur l'ensemble du territoire. Quoi qu'il en soit, j'ai le sentiment que notre modèle est bon, malgré tout, même s'il mérite d'être amélioré, mieux coordonné et mieux organisé. La France possède un système de santé qui est reconnu comme l'un des meilleurs du monde. Elle ne maintiendra cette excellence qu'à la condition de définir ses priorités, et de mettre en ordre ses initiatives. C'est tout l'objectif de ce colloque !

Josy REIFFERS

Notre table ronde est consacrée à l'excellence – supposée – des structures hospitalo-universitaires françaises. Sur le plan de la formation, je n'ai pas le sentiment que nous sommes aussi performants et attractifs, notamment pour les étrangers, que nous avons pu l'être il y a quelques années. J'ai identifié trois sujets que nous ne pouvons pas éviter si nous voulons demeurer ce que nous prétendons être. Le premier de ces sujets concerne l'évaluation de la qualité des soins, de la qualité de la formation, et de la qualité de la recherche. Certes, des moyens sont mis en œuvre, pour faire de bonnes évaluations, mais je m'interroge sur les conclusions qui en seront tirées : va-t-on supprimer les crédits des mauvais, et augmenter largement les crédits des bons ? Le deuxième sujet concerne le « vivier » : nous devons réfléchir à l'avenir de la carrière hospitalo-universitaire qui est de moins en moins attractive. Les effectifs de ce « vivier » tendent donc à diminuer gravement. J'ai, je vous l'avoue, du mal à comprendre que l'on doive attendre quarante ans pour être PU-PH, au terme d'un « parcours du combattant » de plus en plus difficile, et sans certitude d'aboutir : il me semble que la carrière hospitalo-universitaire est à comparer aux autres carrières que sont celles des PH et des chercheurs.

Le point suivant, je l'aborde avec un peu de recul, car dirigeant aujourd'hui un hôpital, après avoir été président d'université. Le troisième sujet concerne en effet le « corps » de nos C.H. et U : ils n'en disposent pas, n'ayant pas la personnalité juridique. C'est la raison pour laquelle, ce matin, j'ai considéré que, tant que nos centres hospitaliers et universitaires n'en disposaient pas, il convenait que les établissements publics existants – c'est-à-dire l'université et l'hôpital – assument leurs responsabilités. Ainsi, s'agissant du pilotage de la formation à la recherche, c'est à l'université qu'il revient d'assumer pleinement ses missions. Cinquante ans après la réforme de 1958 qui a consacré l'introduction de l'université à l'hôpital, je crois que l'université a perdu ces dernières années un certain nombre de positions dans l'hôpital. Des exemples : les présidents ont du accepter le CHU pharmaceutique, qui les entrave dans leur politique de formation et de recherche ; que des concurrents aux PU-PH soient nommés, avec les PH-PAST ; que les universitaires soient moins représentés dans les CME ; que les universités n'aient aucun droits sur les MERRI, qu'elles contribuent à produire grâce aux publications de leurs laboratoires. Vous, présidents, ne devez pas renier votre mission dans le domaine du pilotage de l'enseignement supérieur et de la recherche en santé. Le système est certes plus compliqué pour vous, avec la dualité présidents/doyens, et le fait que sur le plan de la tutelle ministérielle, l'enseignement supérieur est globalement mal piloté, avec les formations d'un côté, les emplois de l'autre, et la recherche encore ailleurs.

Je ne peux donc qu'insister sur la nécessaire entente entre tous les acteurs, en travaillant par l'intermédiaire d'une convention, passée entre le président de l'université et le directeur général du CHU. Je crois que la meilleure façon de s'entendre est d'assumer pleinement ses responsabilités. C'est de cette façon que l'on progressera efficacement.



Bernard CHARPENTIER

L'excellence, cela ne se décrète pas, ça se prouve, et ça s'évalue. En premier lieu, j'admets donc bien volontiers que l'évaluation constitue une question fondamentale, à condition qu'elle soit efficace, transparente, rigoureuse, acceptée par tous. Je m'interroge sur notre capacité en ce domaine : on critique justement l'évaluation à la française, faite par son voisin de palier. Voyons les anglo-saxons : pour eux, ce n'est pas l'évaluation avec une notion judéo-chrétienne de punition, c'est : « assessment », c'est à dire une progression par l'évaluation externe et interne. Il y a en France une grande diversité d'organismes d'évaluation, et l'AERES arrive dans un paysage très compliqué, qu'elle est amenée à réorganiser dans des conditions difficiles. Vous avez, Cher Francis, parlé d'optimisme : j'ai, comme Gramsci, le pessimisme de l'âme et l'optimisme de l'action. Sur l'enseignement en médecine, je dis que cette discipline a fait beaucoup d'effort de renouvellement, avec des connaissances (exemple de la génomique) qui doublent de volume tous les huit ans. La formation doit évidemment être renouvelée en permanence, grâce au technologie de la communication, et l'UMVF constitue un élément de cette rénovation.

S'agissant de la recherche, nous devons vraiment gagner en lisibilité : pour un étranger, l'organisation de la recherche en France est incompréhensible ; et pour monter un financement, il faut aller frapper à quinze portes. Il faudrait surmonter la pluralité des organismes de recherche en créant un Institut du Vivant.

Pour les structures, je considère que la portion projetée de l'université au sein de l'hôpital est la Faculté de médecine, et la portion projetée de l'hôpital au sein de l'université est cette même Faculté de médecine. S'agissant des conventions, si on ne les a pas refaites depuis cinquante ans, c'est que, quand une relation de couple marche, on ne regarde pas le contrat de mariage... S'agissant enfin de l'interface en médecine, nous savons pertinemment que les grandes découvertes se feront ailleurs que dans notre strict champ disciplinaire : par exemple l'échographie, à partir des fractales. Contrairement aux USA, la France n'a pas fait le choix de la priorité scientifique à la biologie-santé. Un simple examen du différentiel de R. et D. entre l'Europe et les Etats-Unis permet de constater à quel point nous cumulons un retard très significatif. La valeur d'un dollar en biologie santé y est, en cinq ans, multipliée par huit ! 85 % des médicaments qui sont prescrits dans les établissements de soins français proviennent, directement ou indirectement, de firmes nord-américaines. Le défi qu'il nous faut prioritairement relever est la valorisation de la recherche clinique et de la recherche fondamentale et la définition d'une véritable politique européenne, notamment dans les biotechnologies, et pour la mobilité étudiante. Je l'appelle de tous mes vœux. Il s'agit du seul moyen pour l'Europe de combler le retard qu'elle accumule en R. et D. Ce que veulent les français aujourd'hui, c'est être comme Jeanne Calment : 124 ans, et en bonne santé ! On sait que cela coûte très cher, mais la santé offre un champ fantastique de développement économique.

Gilles BOMMELAER

En tant que soignant, je constate que le niveau de nos internes est absolument remarquable, si on le compare à ce qu'il était voici dix ou quinze ans. S'agissant de l'hôpital, mon propos concerne la médecine qu'on y fait, la médecine de soins (je ne parle pas de la médecine générale et de la médecine de prévention). En revanche, je m'interroge sur l'excellence de la formation en matière de recherche. Dois-je rappeler à l'étudiante qui s'interrogeait sur la définition même de la recherche qu'une étudiante américaine en médecine, sur un campus, sait pertinemment les orientations qu'il lui faudra prendre ? Au bout d'un mois d'étude, l'étudiante américaine sait que la voie royale, c'est la recherche médicale. S'agissant, pour y revenir, de la médecine de soins, dans nombre de CHU, il existe un conflit entre la médecine de recours et la médecine de proximité. En dépit du fait que nous en sommes conscients, nous ne voulons pas en prendre la mesure. Chez une partie de nos voisins, les hôpitaux universitaires sont uniquement des hôpitaux de recours ; ce n'est pas le cas en France. La T2A, surtout si elle est



Paris, 8 et 9 mars 2007

associée à la convergence public-privé du coût des soins, ne constitue pas le meilleur outil pour garantir l'excellence de notre médecine, et nuit à la préservation du continuum entre soins, enseignement et recherche. Elle définit une moyenne : c'est la tyrannie de la moyenne ! Jamais la considération tarifaire n'est adossée à une qualité de service médical rendu. Cela ne suppose pas qu'il ne faille pas, pour autant, se préoccuper du coût des soins. Va-t-on, comme le préconise le rapport Moisdon sur le financement du coût par activités, définir des financements en fonction des objectifs à atteindre ? Il y a un désarroi dans ce contexte pour définir ce qu'est l'excellence. Est-ce augmenter à n'importe quel prix la durée de la vie ? Est-ce accepter une limitation de cette durée, au prix d'une amélioration de la qualité de l'accompagnement psychologique ? Tendre à une moyenne égalisée sur l'ensemble des structures productrices de soins ? Il ya quelques années, un directeur de la DHOS nous disait que « les CHU ne sont pas les fers de lance de la médecine française ; ils en sont l'un des maillons, le plus coûteux ».

La régulation va peut-être se faire grâce aux MIGAC, et maintenant aux MERRI. Il me semble que, ces dernières années, grâce aux PHRC et aux DIRC, la recherche clinique a reçu un peu d'oxygène, et est sortie de sa torpeur. Va-t-on harmoniser son financement avec celui des autres opérateurs ? Le financement des MERRI, complétant celui des DGHS, a pour but d'apporter le financement du recours, et de compenser le surcoût lié au financement de l'innovation et de la recherche. La façon dont les MERRI seront constitués sera particulièrement déterminante pour l'avenir de nos CHU. Va-t-on, à terme, mesurer la production scientifique et privilégier, sur le plan financier, ceux des CHU qui sont les plus productifs en ce domaine ? Si tel est le cas, les plus petits CHU risquent de disparaître à terme. Peut-être la France n'a-t-elle pas la capacité de conserver 29 CHU ? De telles réflexions nous amènent à nous interroger sur l'impact de l'inter-régionalisation. De quelle manière les universités vont-elles se positionner face à la notion d'inter-région ? Va-t-on voir en province se constituer des « GHU » comme c'est le cas à Paris ? J'achève mon propos en rappelant à quel point il importe de revaloriser les carrières hospitalo-universitaires et de les rendre attractives, à l'heure où les hospitalo-universitaires doivent compenser le temps médical manquant. Et mieux prendre en compte l'activité de recherche. La recherche, faut-il le rappeler, est la raison d'être de nos CHU. Peut-être l'avons-nous un peu oublié en privilégiant, à son détriment, la qualité des soins.

Didier DELMOTTE

Le CHU existe et il est facile de le régénérer, compte tenu de ce que nous disons depuis deux jours. L'hôpital connaît indéniablement des difficultés. Ses difficultés sont accentuées par le fait qu'il est engagé dans une compétition vitale avec le secteur privé. Il est à craindre, comme l'a évoqué mon collègue, que certaines structures hospitalo-universitaires disparaissent à terme, en raison de cette compétition. Le CHU est dans une position totalement différente. Sa mission étant ce qu'elle est, la notion d'hôpital universitaire constitue un fondement de la survie de ces structures. Si jamais, nous devons assister à la rupture de l'hôpital d'avec l'université, nous verrions disparaître ce dispositif original qui est inédit à l'étranger : le financement d'une partie de la recherche par la sécurité sociale constitue une originalité. L'hôpital universitaire peut être constamment remis en cause. C'est pourquoi je tiens à remercier le sénateur Giraud d'avoir rappelé que le CHU existe et doit être régénéré et défendu. J'ai été heureux d'entendre Axel Kahn évoquer le thème de la pluridisciplinarité. Indéniablement, le CHU constitue un bon modèle : il faut le défendre. Il doit en être de même pour les conventions, qui vont le refonder. Les conventions hospitalo-universitaires peuvent être écrites ensemble, on définira ensemble qui on soutient en recherche, et on pourra faire vivre les comités pour la recherche biomédicale qui viennent d'être créés. Il faudra peut-être fixer une date butoir pour cette négociation. Nous disposons, sachons-le, d'un outil formidable, à travers le CHU, au service de la science, de la santé et de la recherche. Je crois qu'Axel Kahn a eu raison



de souligner l'intérêt et vanter les mérites des équipes pluridisciplinaires. Cette plurifonctionnalité doit être organisée selon des dispositifs spécifiques, car nous savons que les services hospitalo-universitaires constituent la variable d'ajustement quand il manque du temps de soin ; en effet nous sommes obligés de nous organiser en priorité pour assurer la permanence des soins. Il doit être possible, à un certain moment, de savoir qu'un praticien hospitalier se consacrera spécifiquement à des tâches de recherche. Notre devoir sera de le stipuler et de le rendre visible. Nous ne devons plus accepter de faire fonctionner le dispositif de manière approximative. Nous devons, par conséquent, l'écrire dans les conventions hospitalo-universitaires. Demain, nous devons nous battre pour conserver ce modèle.

Gérard VINCENT

Je reste persuadé que le CHU doit demeurer le fer de lance de l'hospitalisation française et de son service public. Mon approche sera différente des précédentes contributions. La première question à laquelle je veux répondre est de savoir si le CHU peut être uniquement un pôle d'excellence. Je ne le crois pas. Même si les CHU ont vocation à constituer en eux-mêmes des centres d'excellence, il est certaines composantes qui ne le sont pas. La deuxième question que je souhaite poser est de savoir si le CHU peut se cantonner à un rôle d'hôpital de recours. Je ne le crois également pas. Je ne crois pas au modèle qui consisterait à le couper de la fonction d'hôpital général. Il est utopique pour des raisons strictement économiques. Le CHU, tout en étant un pôle d'excellence, est une structure qui doit répondre aux besoins hospitaliers d'une circonscription. Tel est le cas de l'AP-HP pour la région parisienne. Pour autant, le CHU a-t-il besoin des autres établissements hospitaliers publics ? La réponse à cette question est logiquement positive. Le service public hospitalier a-t-il lui-même besoin des CHU ? Si un jour les cliniques privées supplantent les hôpitaux généraux, elles susciteraient elles-mêmes des secteurs d'excellence et de recours. La question nous renvoie à la question de la stratégie de groupe : les alliances nouées entre CHU ou entre CHU et centres hospitaliers généraux seront amenées à se multiplier. Les centres hospitaliers ont besoin des CHU parce que ceux-ci sont les seules structures à pouvoir leur apporter l'évaluation à laquelle faisait allusion Josy Reiffers. A ce propos, je rappelle que les CHU commencent à labelliser les services et les unités de certains centres hospitaliers, labellisation qui, tout à la fois, rassure ces derniers et permet d'établir un lien étroit entre les équipes des centres hospitaliers (et des centres anti-cancer) et celles des CHU, ce qui contribue à dynamiser et à consolider le service public hospitalier. Les CHU sont donc « condamnés » à tirer l'ensemble du système par le haut, d'autant qu'arrivera un moment où l'assurance-maladie va nous demander des comptes sur l'utilisation des crédits qui nous sont alloués. Il faut donc prouver que ces crédits provenant de l'assurance-maladie sont bien employés.

Bernard CHARPENTIER

Nous travaillons actuellement, au sein d'une commission MERRI-MIGAC, sur le surcoût éducation-recherche, pour l'hôpital. Actuellement, c'est un forfait, constitué d'un complément de 13 % de la dotation globale. La commission a déterminé une variable : la pondération de l'algorithme serait de plus ou moins 17 % ! Cela rejoint les résultats de l'enquête IGAENR-IGAS, qui avait déterminé trois catégories de CHU, au regard des performances en recherche clinique.

Christian THUILLEZ

Vous affirmez que le coût de la recherche est partiellement assuré par l'assurance-maladie. Vous avez également évoqué la labellisation, la lisibilité de cette activité de recherche et son évaluation. Dans les structures non-hospitalières, dès lors que vous justifiez d'un label, vous pouvez accéder à des moyens financiers. Si vous ne justifiez pas dudit label, l'accès à ces moyens financiers reste problématique.



Lorsque nous nous serons donné les moyens d'évaluer les activités de la recherche clinique, envisagez-vous des affectations de moyens variant selon les performances des structures hospitalo-universitaires en ce domaine ?

Didier DELMOTTE

Cela paraît évident. Le dispositif qui va se constituer s'appuiera sur un socle de base, fixe – les équipes, les équipements, les plateaux techniques – qui rémunérera la structuration de tous les acteurs de la recherche. Le reste sera ensuite évalué. Cela concerne notamment les publications ou les résultats d'appels d'offres. Ces résultats intégreront la labellisation, une partie fixe et une partie modulable. Les CIC, mais aussi les IFR intégreront la partie variable de cette évaluation. Celle-ci vaudra pour trois ou quatre ans. On remettra les compteurs non pas à zéro, mais à plus ou moins 10 à 40 %, par exemple. Je veux bien admettre le caractère inédit – voire « agressif » – de ce projet qui se répercutera sur les équipes : le contrat de l'institution se traduira par des contrats dans chaque pôle. Chaque pôle aura le même type de calcul sur sa production scientifique et sur ses structures de recherche. Il défendra vis-à-vis de l'institution dont il dépend sa part de recherche. Cette révolution est indispensable pour garantir le financement que les structures hospitalo-universitaires touchent de la part de l'assurance maladie. Au demeurant, quand on a fait avec l'Observatoire des Sciences et Techniques le bilan de la France dans les publications mondiales, on a constaté que ce bilan n'était pas mauvais, dans le domaine bio-médical ; et qu'au contraire il est assez encourageant.

Josy REIFFERS

Une évaluation quadriennale des MERRI, coïncidant avec celle des contrats quadriennaux des universités, ce serait un signe salutaire.

Pierre LOUERGUE, Président du syndicat des chefs de clinique (ISNCCA)

Je représente les chefs de clinique. Je souhaite insister sur le fait que nous souffrons véritablement d'un manque de projet de carrière. Certes, nous sommes bien formés pour les soins hospitaliers dans le cadre du clinat, mais il convient de s'interroger sur le sens de la mission des chefs de clinique. En effet, 90 % de l'activité est consacrée au soins assurés à l'hôpital. La recherche viendra en son temps. Les personnes souhaitant demeurer au sein de l'hôpital en accédant à un poste de PU-PH doivent soudain se consacrer à la recherche pendant quelques années, et cela conduit à une émulation qui ne me semble pas être saine. Croyez-vous qu'il est logique de nommer des PH justifiant de thèses de sciences ? Est-il sain que des personnes à qui il va être demandé prioritairement d'effectuer des soins en soient éloignées pendant plusieurs années ? Je pense qu'il faut reconnaître la valence « soins » dans les critères professionnels pour l'accès aux carrières de PU-PH, et s'interroger sur les cinq ans à consacrer à la recherche, alors que l'on a déjà 30-32 ans, et que l'on est parfaitement au point en matière de soins ; et que la Générale de Santé vous fait les yeux doux...

CONCLUSION DES ATELIERS

Didier HOUSSIN

Directeur général de la Santé



Votre colloque est consacré à la « place de l'université dans l'hôpital ». Cette phrase conduit quasi-automatiquement à s'interroger sur une hypothétique absence de l'université au sein de l'hôpital. Il me semblait pertinent d'y répondre. C'est la raison pour laquelle j'ai accepté l'invitation que m'ont fait Jean-Pierre Finance et Jean-François Dhainaut. Mon propos concernera essentiellement ce que l'on appelle l'interaction entre l'hôpital universitaire et l'université. Elle est trop partielle. L'exemple de l'AP-HP est, à ce titre, particulièrement instructif : pendant quarante ans, il n'existait aucun lien entre elle et l'université.

Il a fallu attendre 41 ans pour qu'une stratégie conjointe de recherche et de formation, notamment, soit définie entre l'AP-HP et une université d'Ile-de-France.

Cette convention doit être conçue comme un projet d'action commune entre deux partenaires autonomes. Quel temps perdu pendant toute cette période ! Bien évidemment, un tel projet ne vise aucunement à mettre en cause le statut des composantes santé ou le lien privilégié entre celles-ci et l'hôpital. Il convient, cependant, que ce lien privilégié et ce statut n'occupent pas toute la place que l'université peut et doit occuper à l'hôpital. Ce n'est pas comme Directeur général de la Santé que je formule le vœu de voir fleurir ces conventions. Je tire seulement la leçon de mes années passées à l'université et à l'hôpital : les enseignants chercheurs des composantes santé connaissent mal leur université, et l'hôpital la connaît encore moins. Il est donc légitime de donner à celle-ci sa vraie place. Mes constatations ne sont aucunement pessimistes.

Je souhaite, à présent, vous entretenir de la grippe aviaire. J'ai récemment abordé avec le Premier Vice-Président de la CPU la place importante que devait prendre l'université dans les dispositifs de lutte contre la pandémie, notamment grippale, en contribuant à la définition de plans de prévention. Tout concourt à ce que l'université et l'hôpital s'épaulent sur le sujet. La loi récemment proposée par le sénateur Giraud instaure un corps de réserve sanitaire, afin de répondre à des menaces de grande ampleur, telle qu'une pandémie grippale. Ce corps est destiné à permettre à des étudiants, dans le champ de la santé, notamment, de jouer un rôle de préservation de la continuité de nombreuses activités sanitaires en cas de pandémie. Cette proposition constitue un beau sujet de travail conjoint entre l'hôpital et l'université.

Je vous remercie de votre attention.

Bernard CHARPENTIER

Pouvez-vous préciser les disciplines qui seraient concernées par le corps de réserve sanitaire ?

Didier HOUSSIN

Je ne crois pas que ce corps doive être uniquement constitué de professionnels de santé. La question de la constitution de ses effectifs mérite de se poser sur un plan beaucoup plus large. A l'université, il paraît possible d'identifier de nombreux étudiants, issus de différentes disciplines, et de nombreux enseignants susceptibles de s'impliquer et de jouer un rôle utile le moment venu dans la situation très difficile que peut constituer une pandémie grippale.

Albert-Claude BENHAMOU

Quel est le plan de formation prévu, en université, pour ces étudiants qui participeront au corps de santé ?

Didier HOUSSIN

Chaque organisme est invité à préparer un plan de continuité et un plan de prévention, qui prévoit l'ouverture d'un dialogue social, l'information ainsi que la formation de personnels, l'équipement de ceux qui seront les plus exposés, l'organisation du travail face à ce type de situation exceptionnelle. Sur ce sujet, je vous invite à consulter, sur le site du Service d'Information du Gouvernement, pour le plan de prévention « grippe aviaire », l'annexe G1 du guide qui est destiné à aider les organismes publics et privés dans l'élaboration de ces plans.

RESTITUTION DES ATELIERS

Jean-François DHAINAUT

Président de l'Université Paris 5 Paris-Descartes



Les trois participants qui avec moi composent cette dernière table ronde résumant, en eux-mêmes, l'origine de ce colloque. Il s'agit en effet de trois médecins et d'une odontologiste, qui ont tous été doyens. A travers notre colloque, nous avons voulu prouver l'expérience de l'université, pour montrer que l'université peut jouer un rôle dans la relation avec l'hôpital. L'université est capable d'offrir de multiples services à l'hôpital, tandis que l'hôpital pourra irriguer nombre de spécialités dans l'université.

Dominique DEVILLE de PERIERE

Présidente de l'Université Montpellier 1



Antoine Flahault, Directeur de l'Ecole des Hautes études en santé publique, nous a exposé le but et la mission que le nouvel établissement qu'il dirige poursuit. Il a souligné combien ce projet vise à placer la santé publique à un niveau de compétence internationale. Cependant, on a pu regretter qu'un tel organisme ne trouve pas sa place au sein de nos deux établissements publics, et qu'il ait fallu créer une nouvelle entité publique externe à la structure hospitalo-universitaire. Toutefois les universités s'organisent, et ont proposé la création d'un institut de recherche universitaire, au sein de cette Ecole. A la suite d'Antoine Flahault, nous avons fait intervenir trois collègues étrangers (Confédération helvétique, Belgique et Québec) afin de comparer nos points de vue aux leurs. Nous avons été particulièrement étonnés de la complexité du dispositif belge. Notre collègue belge nous a cependant indiqué que cette complexité a été surmontée lorsque l'université est devenue le gestionnaire de l'hôpital universitaire. La Belgique ne détient pas le monopole de la complexité : la Suisse, en ce domaine, se distingue, en effet, par sa spécificité : je me limiterai à préciser que chaque hôpital académique possède son autonomie propre lui permettant de fixer s'il le souhaite son propre *numerus clausus*. La constitution, par les autorités de la Confédération, d'un « Conseil des sciences et de la technologie » a permis de résoudre, en partie, le problème que posaient les disparités entre cantons et entre universités. La complexité caractérise également le dispositif hospitalo-universitaire du Québec : ce sont les provinces qui financent, à la fois, l'hôpital et l'université. Un réseau universitaire de santé inter-province a donc été créé, qui constitue, à l'image du Conseil des sciences et de la technologie suisse, une force de proposition pour les provinces canadiennes. Il est à noter que ce réseau a permis de mettre en œuvre une mission d'évaluation des technologies et de la valorisation, venant compléter les trois missions habituelles de l'hôpital universitaire. Il est à noter que nos amis étrangers ne comprennent pas le retard que nous avons accumulé dans le domaine de l'évaluation, et le cloisonnement qui caractérise la recherche clinique et la recherche cognitive. En conclusion, je constate que tous nos systèmes, à un degré ou à un autre, se caractérisent par une interrelation complexe entre les missions hospitalières et les missions universitaires. Nous sommes tous convaincus de la nécessaire préservation de la relation harmonieuse entre nos deux structures. Nos amis étrangers nous ont montré les avantages d'une grande autonomie et d'une grande flexibilité, en termes de marges de manœuvre financière et de gestion des personnels. Nous avons été sensibles à cette évocation. Deux pistes de réflexion ont été suggérées : la première concerne les « temps » dans la carrière de l'hospitalo-universitaire, si chacun d'entre eux ne peut exercer simultanément et au même niveau chacune des quatre fonctions ; et la seconde concerne la prise en charge transdisciplinaire des problèmes de santé des pays émergents, par nos CHU.

Yvon BERLAND

Président de l'Université
Aix-Marseille 2 - Méditerranée



La première table ronde de jeudi après-midi était consacrée aux formations médicales. La seconde l'était aux autres métiers de la santé. En première année, les études de médecine, d'odontologie et de sages-femmes représentent 45 000 étudiants inscrits en PCMI et 10 000 en première année d'étude de pharmacie. En regard, 9 000 étudiants sont admis à passer en année supérieure pour l'ensemble de ces quatre formations. Ce constat justifie l'emploi du terme « gâchis humain » : un certain nombre de réflexions ont été initiées pour y remédier. Certains des enseignants sont favorables à une modification de la sélection alors que les étudiants sont attachés à leur première année. Cette réflexion sur la sélection ne doit cependant pas empêcher la mise en œuvre du LMD dans les études de santé, incluant la possibilité de donner aux étudiants, qui ne sont pas intégrés à la fin de leur première année, un acquis valorisable dans d'autres structures d'études. L'intérêt de ce LMD est qu'il permettrait également à des étudiants de quitter les études plus précocement qu'à bac+9 ou à bac+11. Aujourd'hui, ce sont des études « tout ou rien ». La mise en œuvre du LMD dans les études de médecine est incontestablement une nécessité, notamment en raison de l'évolution annoncée des effectifs, nous aurons demain besoin d'autres acteurs de la santé formés à des niveaux intermédiaires pour exercer des fonctions de soins ne justifiant pas de neuf ou de onze années d'études. Le LMD permettrait de former de tels étudiants aux nouveaux métiers de la santé. Le troisième point concerne le troisième cycle des études médicales. Le problème que pose l'arrivée en très grand nombre d'internes dans les services hospitaliers n'est pas encore résolu. Nous devons réfléchir aux lieux où ces milliers de nouveaux étudiants vont être formés. Des problèmes financiers se poseront certainement. Il nous faut savoir de quelle manière nous allons envisager de développer la formation en dehors des CHU. Peut-être faudra-t-il envisager d'associer des établissements privés à but non-lucratif ou lucratif ? Il faudra également favoriser la formation dans des pays européens afin de développer des échanges qui ne sont pas encore possibles à ce jour. Pour certaines filières, notamment l'odontologie, admettons que les conditions de formation posent problème, notamment dans l'accueil des étudiants. Le faible nombre de fauteuils pour les former dans les hôpitaux est révélateur. Les dotations universitaires de formation de ces étudiants en odontologie sont nettement insuffisantes. Il conviendra, à un moment ou à un autre, d'égaliser le montant de cette dotation à celle qui est versée aux étudiants des écoles d'ingénieurs. Se pose également le problème de l'universitarisation de la profession de sage-femme qui est le seul métier de la santé qui ne connaît pas des études totalement universitaires. Il convient certainement d'inclure la formation de sage-femme dans l'université.

La seconde table ronde a permis de souligner l'extrême diversité des formations aux autres métiers de la santé, proposées à nos étudiants : certaines d'elles dépendent du ministère de la Santé, d'autres dépendent du ministère de l'Éducation nationale, d'autres dépendent des deux ministères à la fois ! Les sites de formation sont très variables, les flux de formation sont très différents entre les promotions annuelles de 30 000 infirmières et infirmiers, et ceux des orthophonistes par exemple ; les établissements bénéficient tantôt d'un statut public, tantôt d'un statut privé. Il conviendra de s'interroger sur l'harmonisation de ces formations et sur leur inscription dans le dispositif LMD. Une réflexion a été initiée à ce propos par la DHOS concernant la possible définition d'une double diplomation. Le premier diplôme serait un diplôme d'État donnant droit à l'exercice d'un métier, alors que le deuxième correspondrait à un grade universitaire. Ce second diplôme universitaire sera, sans doute, très important pour les étudiants souhaitant continuer leurs études à un niveau supérieur, pour accéder à un autre métier de soins. Cela rejoint l'intérêt de la création des nouveaux métiers que j'ai évoqué précédemment.

Lionel COLLET

Président l'Université Lyon 1
Claude Bernard,
Vice-Président de la Commission
« recherche » de la CPU



La table ronde a débuté à partir d'un constat à la fois optimiste et pessimiste : sur le plan de la production scientifique, nous publions beaucoup de documents, mais nous ne sommes pas très cités. Exemple de la comparaison avec la Grande-Bretagne : un tiers de publications en plus que pour la France, mais deux fois plus de citations de ces publications. Christian Bréchet a exprimé, de son côté, ses craintes de voir, d'ici à une quinzaine d'années, les positions françaises en matière de recherche clinique totalement disparaître, si des mesures ne sont pas prises rapidement.

Les intervenants de la table ronde ont tous souligné la grande complexité du dispositif français de recherche. Les structures actuelles ne sont probablement pas les plus adaptées ni les plus efficaces, pour la promotion de la recherche et de la valorisation dans le domaine médical. Il a été souligné dans la seconde table ronde que la valorisation dans le domaine médical connaît des procédures plus longues, plus coûteuses, et se traduisant par une copropriété des résultats du fait de la pluralité des organismes concernés, d'où des conventions plus longues à finaliser, ce qui fait perdre du temps et de l'argent, par rapport à d'autres compétiteurs. Les interventions des deux tables rondes ont permis d'insister sur la réelle nécessité de favoriser une politique de projets ambitieux, à travers notamment la pluridisciplinarité, et l'ouverture des étudiants vers la recherche, plus tôt dans leur cycle de formation. Il a notamment été suggéré d'effectuer un choix sélectif et élitiste de certains étudiants qui bénéficieraient d'un accompagnement spécifique dès la première année, à l'image de ce qui existait voici trente ans, avec les études de biologie humaine. Le certificat préparatoire aux études de biologie humaine a été supprimé, parce que trop peu d'étudiants réussissaient l'examen. Il faut réfléchir à ce que l'on peut mettre à la place. Il a été également suggéré de mettre en œuvre des filières de double formation « santé et sciences », et de constituer de véritables écoles doctorales pluridisciplinaires, pas seulement biomédicales, mais allant de l'ingénierie jusqu'à la psychologie. La possibilité d'appels d'offres nationaux pluridisciplinaires peut être envisagée. Les deux tables rondes ont également permis d'insister sur l'importance qu'il convenait de porter à l'évaluation, avec enfin de vrais jurys de recrutement, en particulier. La rénovation de notre recherche passe notamment par la redéfinition des critères d'évaluation. Pour ce faire, il convient de s'appuyer sur la reconnaissance et le mérite. Des mesures attractives devraient être prises afin de garder les meilleurs chercheurs français et d'attirer les meilleurs chercheurs européens. Ces mesures attractives pour la carrière des chercheurs sont d'autant plus nécessaires, comme l'a montré Philippe Froguel, qu'il existe dans d'autres pays un vrai système de reconnaissance du mérite, et une possibilité d'attirer de jeunes chercheurs, en offrant des conditions bien plus favorables que l'université ou le CNRS. En matière de biologie humaine, on a souligné la nécessité de prendre des mesures, notamment sur le plan réglementaire, au bénéfice des Comités consultatifs de la protection de la personne. Il existe, en effet, un certain nombre de domaines qui échappent encore à leur compétence. Enfin, la question de la gouvernance a été évoquée. L'effort considérable qu'a accompli l'hôpital en ce domaine, ces dernières années a été souligné ; 100 millions d'euros ont été apportés à la recherche, nous a indiqué François Lemaire. Personne ne doute du rôle central que doit jouer l'université dans la gouvernance de la recherche hospitalo-universitaire, en partenariat avec les hôpitaux et les EPST. Pour conclure, je souligne la réelle unanimité de tous les intervenants quant à la nécessité, quel que soit le résultat des élections présidentielles à venir, que le futur président (ou présidente) prenne des mesures courageuses et volontaristes, permettant notamment d'instituer la politique de recherche en biologie et en santé comme une priorité nationale, dans ce pays.

CLÔTURE DU COLLOQUE

Jean-François DHAINAUT

Président de l'Université
Paris 5 - Paris-Descartes



Ce que vient de nous dire Lionel Collet est parfaitement exact : un rapide examen des budgets des différents établissements publics – budgets dédiés aux sciences de la vie – permet de constater que ces budgets s'élèvent à un milliard d'euros. Le NIH dispose, pour sa part, d'un budget qui s'élève à 24 milliards d'euros. La politique de recherche en biologie et en santé ne constitue certainement pas en France la priorité qu'elle devrait être. Mais, nos pairs et nous-mêmes, n'avons-nous pas été capables de sensibiliser les acteurs politiques à l'importance de cette politique ? C'est en nous unissant que nous serons plus efficaces à ce propos. D'autre part, je rappelle à nos étudiants qu'elle doit être leur motivation pour faire de la recherche. Je sais bien, en effet, que certains d'entre eux s'interrogent sur la longueur des études, les carrières et les rémunérations. Ce que je veux dire, c'est que la recherche se caractérise par la joie. Ne l'oubliez pas. Si vous n'avez pas cette joie de faire de la recherche, autant aller ailleurs. Certes, la recherche suscite des difficultés, mais si vous conservez intacte cette joie, je ne doute pas que vous obtiendrez la reconnaissance liée à votre contribution à la recherche.

Jean-Pierre FINANCE

Premier Vice-Président
de la Conférence des Présidents
d'Université



A titre personnel, je tiens à souligner la qualité des échanges et des thèmes que nous avons, durant ces deux jours, évoqués, et leur champ très large. J'en remercie les organisateurs du colloque et les différents animateurs de toutes les tables rondes. J'en ai retenu quatre points : encourager une pluridisciplinarité, simplifier, mieux piloter et mieux évaluer, mieux financer. Douze chantiers sont à ouvrir :

- mise en place du LMD pour les professions médicales,
- trouver les conditions d'accueil progressif pour les professions paramédicales,
- diversifier les lieux de stage des étudiants en troisième cycle,
- renforcer les relations entre hôpital et université, ce qui peut se décliner en deux types d'action : mener un véritable travail sur les conventions hospitalo-universitaires, et inclure un volet « santé » dans les contrats quadriennaux des universités,
- renforcer le pilotage de la recherche,
- renforcer l'approche par projets,
- améliorer la qualité de la formation, et du recrutement des futurs chercheurs universitaires,
- améliorer les conditions de carrière en matière de recherche et d'enseignement supérieur, dans le domaine de la santé,
- revoir explicitement les missions confiées à chacun des personnels hospitalo-universitaires,
- renforcer l'encadrement en personnels IATOS, de manière quantitative, mais aussi qualitative,
- dans le domaine des transferts de technologie et de la valorisation de la recherche, créer de véritables guichets uniques dans les sites concernés,
- prendre en compte, au-delà de nos réflexions, les évolutions et les organisations de la santé dans des pays moins dotés que nous sur le plan financier.

La suite de ce colloque consistera à œuvrer sur ces différents chantiers avec tous les acteurs qu'ils concernent, certains étant beaucoup plus urgents que d'autres.

Pour terminer, je voudrais remercier l'ensemble des intervenants et des participants à ce colloque. Je voudrais très chaleureusement remercier les personnels de l'Université Paris 5, et du site des Saints-Pères, qui nous aussi bien accueillis. Et enfin je voudrais remercier Pierre Richard, pour le travail qu'il a fourni pour l'organisation du colloque, au titre de la CPU.

Et peut-être à un prochain colloque !

ANNEXES

Liste des participants inscrits au colloque

Nom	Prénom	Fonction	Etablissement/organisme
ABADIE	Marie-Hélène	Présidente	Syndicat National Autonome des Orthoptistes
ADENOT	Isabelle	Président Conseil central A	Ordre des pharmaciens
ALEXANDRE	Christian	Doyen faculté de médecine	U. Saint-Etienne
AMEDEE-MANESME	Olivier	Directeur	Paris Biotech
AMOUROUX	Thierry	Président	SNPI CFE-CGT
ANNANE	Djilalli	Vice-président CA	U. Versailles Saint-Quentin
ANNAT	Guy	Professeur	U. Lyon 1
ARCHIEN	Claude	MCU/PH Chef de service	CHU Nancy
AREKIAN	Georgette	AS Droit de la Santé	AP-HP
ARNAUD	Philippe	Président	SNPHPU - U. Paris-Descartes
ARNAUD	Jean-Olivier	Directeur général	Centre Hospitalier Universitaire Nîmes
ATLAN	Guy	Professeur	U. Paris 12
AUFFRET	Christiane	Directrice des soins	Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière
AULAGNER	Gilles	Professeur	U. Nancy 1
BACHELIER	Dominique	Directrice Ecole Sages-femmes	CHU Poitiers
BARDY	Guillaume	Président	ANEPF
BARTHES	Richard	Chargé mission auprès chef bureau P2	Ministère Santé solidarités
BEAUDET	Alain	Président directeur général	Fonds recherche santé Québec
BEGAUD	Bernard	Président	U. Bordeaux 2
BELAIGUES	Bernard	Directeur général adjoint	CHU de Clermont-Ferrand
BENHAMOU	Albert-Claude		U. Paris 6
BERLAND	Yvon	Président	U. de la Méditerranée
BERNARD	Mary-Hélène	Directeur adjoint de la faculté de médecine - PU-PH	U. Reims
BICHERON	Françoise	Représentante secteur 1	Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes
BILLON	Marie-Claude	Assesseure CEVU	U. Paris 12
BISAGINI	Anne		INSERM Politique régionale
BIZAGUET	Eric	Directeur collège national audioprothèse	
BLANCHE	Michel	Adjoint au Directeur DGRH A1	MENESR
BOBIN	Serge	Directeur FMC	Fac. Médecine - U. Paris 11
BOLLA	Marc	Président	Conférence Doyens odontologie
BOMMELAER	Gilles	Président conférence commission soc établissem.	CHU Clermont-Ferrand
BONAVITA	Marie-José	Directeur de recherche	AP - Marseille
BONNAFOUS	Simone	Présidente	U. Paris 12
BOUABDALLAH	Khaled	Président	U. Jean Monnet Saint-Etienne
BOUDET	Guy	Chef de bureau professions paramédicales	Ministère Santé solidarités
BOURRELIS	Catherine	Cadre de santé	GH Broca - La Rochefoucauld
BOY-LEFEVRE	Marie-Laure	Doyen UFR odontologie	U. Paris 7
BRAVETTI	Pierre	Doyen Faculté odontologie	U. Nancy 1
BRAZIER	Michel	Président	Conférence Doyens de pharmacie
BRECHOT	Christian	Directeur général	INSERM
BREGA	Marie-Hélène	Directrice Ecole Sages-femmes	CHU Besançon
BREISTROFFER	Brigitte	Cellule évaluation et pilotage	U. Paris-Descartes

Paris, 8 et 9 mars 2007

BRISSON	Isabelle	Chargée de mission à la recherche et la valorisation	CHU Nantes
BRUNELLE	Francis	Conseiller technique Cabinet ministre Santé	Ministère Santé solidarités
BRUNOTTE	François	Doyen Faculté de médecine	U. Dijon
BUISSON	Laurent		Direction de la recherche et de l'innovation - MENESR
CARRIERE	Bernard	Président	U. Louis Pasteur - Strasbourg
CARROUEE	Lise	Présidente	Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie
CARTRON	Annick	Vice-présidente évaluation et pilotage	U. Paris-Descartes
CATHELINIEAU	Guy	Doyen odontologie	U. Rennes 1
CAUDARD	Régis	Chargé de mission	AP-HP - Direction des finances
CAUVET	Julien	Rédacteur DGRH	MENESR
CAVALIER	Monique	Directeur recherche	CHRU Montpellier
CHARBONNEAU	Pierre	PU-PH	UCBN - UFR médecine
CHARPAK	Yves	Bureau Européen OMS	
CHARPENTIER	Bernard	Président conférence des Doyens de médecine	U. Paris-Sud 11
CHERTIOUA	Lineda	Adjointe au chef bureau P2	Ministère Santé solidarités
CHIROSEL	Jean-Paul	Président de la Commission médicale d'établissement	CHU Grenoble
COIRINT	Yannick	Rédacteur DGRH	MENESR
COLLET	Lionel	Président	U. Lyon 1
COLLET VEROT	Mme	Formatrice Ecole Sages-femmes	U. Paris 6 - Hôpital Saint Antoine
CORMIER	Michel	DGES	
CORVEZ	Alain	Directeur	Agence Régionale Hospitalière Languedoc
COUDRAY	Marie-Ange	Conseillère pédagogique auprès du chef bureau P2	Ministère Santé solidarités
COULHON	Thierry	Président - 2 ^e Vice-président CPU	U. Cergy Pontoise
COURAUD	François	Conseiller scientifique DGES	MENESR
CREMADES	Richard	Président	Syndicat Nat. des Instituts de Form. en podologie
CRESPY	Christine		CPU
DALL'AVA	Josette	PU-PH	U. de Corse
DANDIN	Isabelle	Directrice Direction développement	CHU Toulouse
DANJON	Marie-Françoise	Chargée mission formation médicale continue	AP-HP - Paris
DAO	Thong	PU-PH	CHU Caen
DAUMARD	Pierre		U. Paris-Descartes
DAUPHIN	Chantal	Maître de conférences	U. Paris 11
DEAL	Marie-Jo	Attachée d'administration Hospitalière	AP-HP
DEBEAUPUIS	Jean	Directeur général	CHU Grenoble
DEBLONDE	Laetitia		
DEBUIRE	Brigitte	PU-PH	U. Paris 11
DEHETRE	Anne	Vice-présidente chargée de la formation initiale	Fédération nationale orthophonistes
DELAHAYE-GUILLOCHEAU	Valérie	Inspectrice des affaires sociales	IGAS
DELAVAL	Philippe	PU-PH Assesseur Doyen médecine	U. Rennes 1
DELMOTTE	Didier	Directeur général	CHU Lille
DELOCHE	Dominique	Adjointe chef bureau formations santé	MENESR
DEMOTES-MAINARD	Jacques	Chargé de mission Département santé	MENESR
DENIZIOT	Pierre	Neuropsychologue	Hôpital René Muret-Bigottini
DENNI-KARICHEL	Nicole	Présidente	Fédération Nationale des orthophonistes
DEROY	Jean	Chef du bureau des personnels de santé	MENESR
DEVILLE de PERIERE	Dominique	Présidente	U. Montpellier 1
DHAINAUT	Jean-François	Président	U. Paris-Descartes
DIDIER	Jean-Pierre	PU-PH, Coordonnateur du pôle recherche clinique	CHU Dijon
DIZAMBOURG	Bernard	Inspecteur général	IGAENR
DOMONT	Alain	Professeur	U. Paris 5
DUFFET	Jean-Pierre	Praticien hospitalier	Ministère Santé solidarités
DUGUE	Jérôme	Professeur	U. Paris-Descartes
DUHAMEL	Gilles	Inspecteur général	IGAS
DUMAS	Jean-Luc	PU-PH	U. Paris 13
DUMAS	Monique	Vice-présidente	U. Bourgogne
DUPAS	Pierre-Hubert	PU-PH	U. Lille 2
DUPOND	Martine	Directrice	CHU Nice
DURAND	Dominique	Doyen Faculté pharmacie	U. Paris-Descartes

EGAL	Véronique	Cadre supérieur rééducation	HAD AP-HP
EHRMAM	Denis	Chargé mission vie étudiante	CPU
ESPINOZA	Pierre	Praticien hospitalier	Hôpital Européen Georges Pompidou
EURIN	Benoît	Président	U. Paris 7
EVIN	Claude	Président	Fédération Hospitalière de France
FAURE	Georges	Président	Université de Picardie
FAURY	Marie-Noëlle	Sage-femme Directrice	CHU Limoges
FAVROT	Marie-Christine	Vice-présidente recherche	U. Joseph Fourier
FELLINGER	Francis	Président	Conférence Nationale des Présidents
FERRARI	Claudia	Directrice adjointe Département formation	INCA
FIEVE	Régis	Directeur	CHRU Lille
FINANCE	Jean-Pierre	Premier Vice-président	CPU
FLAHAULT	Antoine	Directeur	EHESP
FONSART	Julien	Vice-président relations universitaires	FNSIP
FORTIN	Bertrand	Présidente	U. Rennes 1
FOULNY	Catherine	Cadre Sage-femme	CHU Clermont-Ferrand
FOURTANIER	Gilles	Vice-président délégué	U. Paul Sabatier - Toulouse 3
FRANCKE	Jean-Paul	Doyen faculté médecine Lille	U. Lille 2
FREMOND	Jean-Pierre	Cadre supérieur santé	Association Natinale des Préparateurs en Pharmacie
FROGUEL	Philippe	Directeur recherche	CNRS Institut Pasteur Lyon 2, Imperial College - Londres
GARRACHON	Philippe	Chargé de communication	CEFIEC
GENET	Roger	Conseiller Cabinet ministre	MENESR
GERARD	Anaïs	Journaliste	AEF
GERARD	Jean-Louis	Doyen de la faculté de médecine	U. Caen Basse-Normandie
GHERARDI	Romain	PU-PH - Président section 42 CNU	U. Paris 12 CHU Henri Mondor
GIOVANNANGELI	Carine	Directrice Département santé DGRI	MENESR
GIRAUD	Francis	Sénateur des Bouches-du-Rhône	
GOBERT	Jean Gérard	Professeur	U. Paris-Descartes Faculté pharmacie
GODINHO	Luis	Président	Syndicat des Audioprothésistes Français
GOLDSZMIDT	Danielle	Conseillère pédagogique - DRASSIF	Ministère Santé solidarités
GOT	Christophe	Rempl. Président	CHU Rouen
GRASS	Etienne	Membre Inspection générale affaires sociales	Inspection générale affaires sociales
GRIFFOND	Juliette	Elue CNESER	U. Paris-Descartes
HABERBUSCH	Théo	Journaliste	AEF
HAIKEL	Youssef	Doyen - PUPH	ULP-Faculté chirurgie dentaire
HANNION	Murielle	Directeur adjoint Mission SANTEXEL	CHU Nancy
HANSEL ESTELLER	Sylvie	Professeur	U. Montpellier 1
HEITZ	Jean-Paul	Directeur études orthophonistes Retraité	U. Louis Pasteur - Strasbourg
HEL	Simone	Sage-femme Directrice	Ecole sage-femme ULP Strasbourg
HENIN	Pierre-Yves	Président	U. Paris 1
HENIN	Yvette	Coordnatrice adjointe CIC vaccin.	Groupe hospitalier Cochin - Pasteur
HERMANT	Gérard	Directeur	Institut supérieur de rééducation psychomotrice
HERNANDEZ	Hélène	Directrice technique	Institut Formation Ergothérapie
HOUSSIN	Didier	Directeur général de la Santé	
HROUDA	Philippe	Médecin	Direction générale AP-HP
HUGOT	Jean-Pierre	Président CS UFR médecine	U. Paris 7
JANVIER	Gérard	Président de la Commission médicale	CHU Bordeaux
JARRAYA	Michèle	Elève hôpital	44, rue Lucien Sampaix - 92320 Chatillon
JEANROT	Nicole	Présidente	Syndicat des Orthoptistes de France
JOBERT	Charles	Chef bureau formations DGES	MENESR
JOLLIET	Pascale	Vice-doyen chargée de la vie universitaire	U. Nantes
JORE	Daniel	Vice-président CA	U. Paris-Descartes
JOUBERT	Evelyne		Observatoire National des professions de santé
JOVIC	Ljiljana	Conseillère techn. régionale en soins - DRASS	Ministère Santé solidarités
KAHN	Axel	Directeur Institut Cochin	U. Paris-Descartes
KATO	Megumi	Vice-présidente	Fédération Nationale des étudiants en orthophonie

KELLER	Marie-Josée	Présidente	Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes
LABASTIE	Marie-Claude	Coordnatrice scientifique	U. Paris-Descartes
LABBE	Georges	Président de l'UNAP SNP	Syndicat National des podologues
LACOMBLEZ	Lucette	MCU-PH	CHU Pitié-Salpêtrière
LACOSTE	Laurence	Docteur en psychologie	
LAURET	Philippe	Chargé de mission	U. Rouen
LAUTON	Michelle	Secrétaire générale	SNESUP
LAUTRU	Marie-Andrée	Directrice affaires médicales	HEGP
LAVAUD	Monique	Directeur Ecole Sages-femmes	Direction développement et formation-Toulouse
LAVIGNOTTE	Nadine	Présidente	U. Clermont-Ferrand 2
LAZARUS	Antoine	PU-PH	U. Paris 13
LE FLOCH PRIGENT	Patrice	Responsable anatomie	U. Versailles St Quentin
LECLERCQ	Benoît	Directeur général	AP-HP
LECOINTE	Véronique	Directrice Ecole Sages-femmes	CHU Montpellier
LEMAIRE	François	Président de la Direction interrégionale recherche clinique IDF	AP-HP, U. Paris 12
LEMANT	Jacqueline	Sous-directrice DGES	MENESR
LENHARDT	Liliane	Directrice général adjointe	CHU Caen
LESTEVEN	Pierre	Conseiller	Fédération Hospitalière de France
LEVERGE	Roger	Président CNU pharmacie	AP-HP
LEYMARIE	Marie-Christine	Directrice Ecole Sages-femmes	CHU Clermont-Ferrand
LHOSTIS	Alain	Maire adjoint chargé de la santé et des relations avec l'AP-HP	
LOCHER	François	Directeur	Faculté pharmacie-UCBL 1 ISPB
LORCA	Françoise	Directeur affaires médicales - recherche	CHU Saint-Etienne
LOUVERGUE	Pierre	Président	ISNCCA
LOUVET	Olivier	DIRCK IDF	
LUMINEAU	Jean-Louis	Directeur général	Centre hospitalier Courbevoie
LUSSAULT	Michel		CPU
MAGNIOL	Dominique	Directrice Ecole Sages-femmes	U. Paris-Descartes
MAILLARD	Jacqueline	Psychologue	Syndicat National Psychologues
MALLET	Françoise	IGAENR	MENESR
MAMAN	Catherine	Maître de conférences	U. Marne-la-Vallée
MAMIE	Marlène	Directrice Ecole Sages-femmes	U. Antilles Guyane
MANVILLE	Alain	Directeur général	CHU Montpellier
MARTINEAU	Laure	Chargée mission recherche	CPU
MATILLON	Yves	Chargé de mission	Ministère Santé solidarités
MAVIC	Marcel	Directeur	Hôpital de Limiez
MERLE	Carole	Adjointe chef bureau P2	Ministère Santé solidarités
MEYER	Olivier	Coordonnateur form.continue domaine santé	U. Paris-Descartes
MISSE	Christophe	Directeur Hôpital	Ministère Santé solidarités
MIZZI	Marie	Vice-présidente	ANEMF
MLEKUZ	Maurice	Directeur -Direction affaires médicales	CHU Rennes
MOGUEDET	Gérard	Vice-président CA	U. Angers
MOMPEROUSSE	Melton	Cadre de santé	Ecole IBO
MONTEIL	Jean-Marc	Directeur général de l'enseignement supérieur	MENESR
MORNEX	René	Président suppléant CA	Hospice civil de Lyon
MOTTE	Bénédicte	Directrice de la politique médicale	Centre hospitalier Sainte Anne
MOULENE	Alice	Cellule valorisation	U. Paris-Descartes
MOULIN	Thierry	Vice-président Recherche	U. Franche-Comté
MOUSSA	Amina	Directrice adjointe Direction des affaires médicales	CHU Angers
NABERES	Annette	Directrice	EFOM Boris Dolto
NEMITZ	Bernard	Conseiller technique Cabinet Ministre	MENESR
NEUMAN	Alain	Président	U. Paris 13
N'GUYEN	Françoise	Directrice	Ecole Sages-femmes Poissy
NICOLAS	Guy	Conseiller médical	Ministère Santé solidarités
NICOLAS	Nicole	Chargée de mission pédagogie et formation continue	CPU
OLHAGARAY	Claudine		CHU Bichat Claude Bernard

OLIE	Louis	Président	Fédération Nationale Podologues
OMNES	Louis	Directeur exécutif GHU Est	AP-HP
ORLIAGUET	Thierry	Doyen UFR odontologie	U. Clermont-Ferrand
OTTENWALTER	Marie-Odile	Chargée de mission	CIEP
PAIRE	Christian	Directeur général	CHU Hôpitaux de Rouen
PARIS	Anne	Sage-femme	CHI Villeneuve Saint-Georges
PELISSIE	Mathilde	Présidente	Association Nationale Sages-femmes
PELLAT	Bernard	Doyen odontologie	U. Paris-Descartes
PERETTI	Pierre	Professeur	U. Paris-Descartes
PERETTI	Ilana	PU-PH Chef de service	U. Paris 7
PERREAU-SAUSSINE	Marianne	Adj. Directeur Départ. Prévention-Dépistage	Institut Nationale du Cancer
PERRITAZ	Alain	Chef service enseignants supérieur et recherche	MENESR
PERROTIN	Dominique	Doyen Faculté de médecine	U. Tours
PESENTI-LEVY	Danielle	Vice-présidente	U. Paris 11
PICARD	Annick	IDE	Hôpital Saint-Louis AP-HP
PITTOORS	Jean-Paul	Inspecteur général	MENESR
PLAISANT	Odile	MCU-PH	U. Paris-Descartes
PLANCON	Alain	Chargé de mission prospective et aménagement	U. Orléans
POCHARD	Muriel	DGES	MENESR
PORQUET	Dominique	Doyen Faculté pharmacie	U. Paris 11
POSA	Gérard	Directeur général	EZUS - Filiale valorisation U. Lyon 1
POSTAIRE	Eric		Ministère de la Recherche
POURRIERE	Jean-Louis	Responsable de filière	ENSP
POUTAS	Martine	Directrice Ecole de sages-femmes	Maternité régionale Nancy
PRADE	Virginie	Présidente	ANEMF
PROUST	Jacques	Vice-doyen	Faculté de pharmacie d'Angers
PUGIN	Jean-Maurice	Secrétaire général	Comité harmonis. centres form. manip. en électroradiologie
QUINTIN	Vincent	Chargé d'établissements DGES A1	MENESR
RABINEAU	Didier		U. Paris-Descartes
RAGUENEAU - LE NY	Marilyn	Psychologue	Hôpital René Muret-Bigottini
RAVAUD	Philippe	PU-PH	U. Paris 7 - Hôpital Bichat
RAYER	Yves	Directeur de la recherche clinique	CHU Rennes
REIFFERS	Josy	Ancien Directeur adjoint Cabinet Ministre	MENESR
REINMUND	Marie-Christine	Formatrice	IADE Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière
RESCHE	François	Président	U. Nantes
REY	Alain	PU-PH	U. Paris 7 - Hôpital Beaujon
REYNIER	Marc	Directeur des affaires médicales	CHU de Toulouse
RICHARD	Pierre		CPU
RIOU	Bruno	Vice-président médecine	U. Paris 6
ROBERTON	Geneviève	Présidente	Comité d'entente formation infirmiers cadres
RONZEAU	Monique	Secrétaire générale	Chancellerie des universités
ROTHIER BAUTZER	Eliane	Maître de conférences	U. Paris-Descartes
ROUALT	Anne	Chef de bureau DGES A1	MENESR
RUCINE	Marie-Odile	Psychologue	Syndicat National des Psychologues
SABIANI	Annie	Formatrice	UNRIO
SAINT-ANDRE	Jean-Paul	Doyen Faculté de médecine	U. d'Angers
SALOMON	Véronique	PA	Groupe hospitalier Cochin - Saint-Vincent de Paul
SALTARELLI	Danièle	Maître de conférences	U. Paris-Descartes
SAMIER	Remi	Président	Fédération Nationale des étudiants en orthophonie
SANTINI	Joseph	Président CME	CHE Nice
SAUMET	Jean-Louis	Président section CNU	CHU et université d'Angers
SAUVAGEON	Philippe	Secrétaire général	Syndicat National des Instituts de formation en kinésithérapie
SAUVAT	Jean-François	Directeur	AP-HP
SCHLEMMER	Benôit	Doyen Fac médecine	U. Paris 7

SECHTER	Daniel	Vice-président CA	U. Franche-Comté
SELE	Bernard	Doyen Fac. médecine	U. Joseph Fourier Grenoble
SEMENT	Virginie	Chargée de mission	CPU
SERGHERAERT	Christian	Président	U. Lille 2
SIMON	Elisabeth	Directrice Ecole Sages-femmes	U. Bretagne occidentale
SIMONNEAU	Gérald	Professeur	Hôpital Antoine Beclere
SOUFFIR	William	Conseiller technique	AP-HP
SPIESS	Bernard	Directeur adj. Fac. Pharmacie	U. Louis Pasteur - Strasbourg
STEVENIN	Philippe	Conseiller Direction formation	Croix-Rouge Française
SUTER	Peter	Président	Académie Suisse Sciences médicales
TAMBOURIN	Pierre	Directeur général	Genopôle d'Evry
THEYS	Tatiana	Directrice des affaires médicales	Hôpital Pitié-Salpêtrière
THIBAUT	Philippe	Conseiller technique Ministre	MENESR
THUILLEZ	Christian	Doyen Fac. Médecine	U. Rouen
TOUCHON	Jacques	Doyen UFR médecine	U. Montpellier 1
TOUPIILLIER	Danielle	Chef de bureau Hospitalisation et organist. Soins	Ministère Santé solidarités
TOURNIER	Claudine	Membre CA SOF	Centre hospitalier de Besançon
TRAVERT	Josette	Présidente	U. Caen Basse-Normandie
TRUCHAUD	Alain	Doyen	UFR pharmacie - Nantes
TUNON de LARA	Manuel	Vice-président	U. Bordeaux 2
VAILLANT	Loïc	Vice-président Recherche	U. François Rabelais
VALCARCEL	Jean	Directeur UFR odontologie	U. Montpellier 1
VAN DER REST	Michel	Directeur département sciences du vivant	CNRS
VANDENBERGHE	Sylvie	Responsable CIO person. Labo	CH Sainte-Anne Paris
VANDROUX	Jean-Claude	Doyen Faculté de médecine	U. Limoges
VANERWEGHEM	Jean-Louis	Professeur	U. Libre de Bruxelles
VAREILLE	Jean-Claude	Vice-président CA	U. Limoges
VARET	Bruno	Vice-président CS	U. Paris-Descartes
VASSORT	Nadine	Sage-femme enseignante	Ecole sages-femmes CHU Grenoble
VAUDRAY	Odette	Attachée de direction	Fédération Nationale Podologues
VERVAECKE	Etienne	Directeur général	Eurasanté Lille
VEYRE	Annie	Présidente	U. Auvergne - Clermont 1
VIGNERON	Claude	PU-PH	U. Nancy 1
VIGNET	Jean-François	Directeur des affaires médicales	CHU Bordeaux
VINCENT	Gérard	Directeur	Fédération hospitalière de France
VION	Daniel	Doyen	Faculté pharmacie - U. Lille 2
VITRY	Daniel	Directeur EPP	MENESR
VOISIN	Colette	Vice-présidente CEVU	U. Paris-Sud 11
WEBER	Simon	PU-PH	U. Paris-Descartes - Hôpital Cochin
WETZEL	Prisca	Secrétaire générale	ANFIC Sages-femmes
YVONNET	Bernard	Doyen de la Faculté des sciences pharmaceutiques	U. Tours
ZANARDI-BRAILLON	Michèle	Directrice Ecole Sages-femmes	CHU Reims
ZERILLI	Alain	Doyen UFR odontologie	U. Bretagne occidentale