

LIVRE BLANC DE LA CONFERENCE DES DOYENS DES FACULTES DE MEDECINE

adressé à Madame la Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

FACULTES DE MEDECINE ET INTERDISCIPLINARITE DANS L'UNIVERSITE GENERALISTE

juin 2007

1. INTRODUCTION

On ne peut traiter de la place des Facultés de Médecine, d'Odontologie et maintenant de Pharmacie au sein de l'Université sans prendre en compte l'intégration de ces Facultés de Santé dans les Centres hospitaliers et universitaires.

Il suffit de rappeler la déshérence de l'enseignement et de la recherche médicale quand ils étaient repliés au sein de l'Université. De la même manière, il suffit de rappeler la déshérence du système hospitalier public français quand il était totalement coupé de la recherche et de l'enseignement de la médecine. C'est pour avoir compris cela, c'est pour avoir écouté une poignée résolue de professeurs d'Université Médecins et notamment Robert Debré, Marcel Legrain et Jean Dausset, que des hommes politiques, comme Pierre Mendès-France, le Général de Gaulle et Michel Debré, ont permis, par l'ordonnance de 1958, de sauver la médecine française en créant le concept même de Centres hospitaliers et universitaires qui instituait le temps plein hospitalier et la triple mission d'enseignement, de recherche et de soins en liant par convention une Faculté de Médecine et un Centre Hospitalier Régional, prenant ensemble le nom de CH et U.

2. LA GOUVERNANCE

Elle est par définition en double appartenance : universitaire et hospitalière

- **Gouvernance dans l'Université** : les Facultés de santé sont régies par l'article 32 de la loi Savary de 1984 qui comporte essentiellement les points suivants :
 - 1) les conventions de structure des CH et U négociées et cosignées par le Doyen, le Directeur Général du CHU, approuvées par le Président de l'Université.
 - 2) la compétence des Doyens pour prendre toutes les dispositions résultant de l'application de ces conventions.
 - 3) l'affectation directe aux UFR de Médecine des emplois hospitalo-universitaires.
 - 4) la qualité d'ordonnateur secondaire de droit des Doyens.

5) l'autonomie pédagogique pour les 2^{ème} et 3^{ème} cycles.

- **Gouvernance dans le CHU (Hôpital).** Le Doyen et son Conseil de gestion effectuent la révision des emplois hospitalo-universitaires en lien étroit avec le Directeur général et la Commission Médicale d'établissement. Ils cosignent avec le directeur général et le président de la CME l'affectation des Chefs de service et la nomination des coordonateurs de pôle, ils allouent les étudiants de 2^{ème} et 3^{ème} cycles aux services hospitaliers formateurs et participent à qualité au conseil exécutif et à la commission de coordination pour la recherche biomédicale et en santé publique. Ils participent au Conseil d'Administration du CHU. Les doyens, en lien avec les DRASS, organisent et président au niveau régional la Commission d'agrément chargée de proposer au Préfet de région les services agréés pour les DES et les DESC au niveau du CHU et des hôpitaux généraux de la Région.

3. L'ADAPTABILITE DES FACULTES DE SANTE

Cette adaptabilité a été permanente depuis les vingt dernières années : explosion des connaissances médicales, pédagogie en renouvellement total (2^{ème} cycle des études médicales, 3^{ème} cycle, Formation Médicale Continue et Evaluation des Pratiques Professionnelles), utilisation massive du numérique et des enseignements sur Intranet/Internet, compétition mondiale en matière de recherche (la France est le 4^{ème} publicateur mondial en biologie santé), relations internationales dans le cadre de la francophonie et ouverture à de nouveaux partenariats (Arabie saoudite, Golfe) ; restructuration des UFR médicales (disparition de 4 UFR parisiennes).

Les Facultés de Médecine ont par ailleurs su répondre aux demandes des gouvernements successifs de la République. C'est ainsi que les Facultés de Médecine ont géré, dans des conditions difficiles, l'augmentation des flux d'étudiants liée à la hausse nécessaire du numerus clausus. Ce sont elles qui, par la Conférence des Doyens, ont animé la Commission pédagogique nationale des études médicales aboutissant à la réforme du deuxième cycle de l'année 2000. Les Facultés de Médecine, par la Conférence des Doyens, ont joué un rôle clé dans la création et la mise en œuvre de la filière universitaire de Médecine générale répondant aux besoins de santé publique du pays.

Sur le plan de la santé, les hospitalo-universitaires, constituent le fer de lance des équipes professionnelles travaillant aux côtés des praticiens hospitaliers dans les centres hospitaliers et universitaires. Les Facultés de Médecine et leurs doyens se sont engagés avec dynamisme dans la nouvelle gouvernance mise en place dans le plan hôpital 2007.

Et c'est ainsi qu'au sein de l'Université, les hospitalo-universitaires, statutairement, pratiquent ce qu'ils enseignent et qui enseignent ce qu'ils pratiquent. Mais en même temps que les Facultés de Médecine, au nom des Universités, se sont constituées comme des écoles professionnelles animées par des professionnels de santé, elles se sont très largement ouvertes aux autres composantes de l'Université.

Cette ouverture des Facultés de Médecine, à la fois totalement universitaires et totalement hospitalières, n'aurait pas été possible sans la souplesse de leur gestion liée à leur caractère dérogatoire. Ceci a été toujours compris par les gouvernements successifs depuis 1958. Les maux dont souffrent d'autres composantes de l'Université française ne concernent pas la médecine

4. L'OUVERTURE PEDAGOGIQUE ET INTERDISCIPLINARITE

Il faut rappeler que la 1^{ère} année de Médecine est une véritable classe préparatoire. Les doyens ont organisé la réorientation de certains étudiants n'ayant pas obtenu le concours mais ayant obtenu la moyenne vers d'autres composantes de l'Université où ils peuvent avoir l'équivalence de L1. Le fléchissement du nombre d'étudiants dans les domaines scientifiques à l'Université, ne concerne ni la Médecine, ni l'Odontologie, ni la Pharmacie.

L'enseignement du P1 est véritablement interdisciplinaire: les scientifiques non médecins sont largement impliqués et 20 % de la note finale est obtenue par les Sciences humaines et sociales (éthique, philosophie, histoire, sociologie) dont l'enseignement fait aussi appel à des non-médecins.

Il faut noter aussi qu'au cours du 2^{ème} cycle, des enseignements de droit, d'éthique, de biologie font appel à des non-médecins. Pendant la Formation Médicale Continue (FMC) de nombreux DIU/DU font également appel à des non-médecins (statisticiens, professionnels en santé publique, biophysiciens, ingénieurs).

Bien avant l'introduction en France du système LMD, elles ont accueilli en leur sein, c'est-à-dire parmi les hospitalo-universitaires, des assistants-hospitalo-universitaires, des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et des professeurs d'université-praticiens hospitaliers, issus spécifiquement des disciplines scientifiques des Universités. C'est en raison de leur savoir et de leurs connaissances que ces collègues, bien que non médecins et non dotés de pouvoirs de prescription sont intégrés aujourd'hui dans le même corps des hospitalo-universitaires. Le Ministère en charge de l'enseignement supérieur dispose des statistiques qui lui permettront de confirmer cette constatation vécue chaque jour dans nos Facultés de Médecine et dans nos Centres hospitaliers et universitaires. Et c'est ainsi qu'aujourd'hui, nos hospitalo-universitaires des disciplines biologiques mêlent des médecins, des pharmaciens, des scientifiques.

Bien avant la mise en œuvre dans l'Université française du processus LMD, des hospitalo-universitaires portés par leur Facultés de Médecine se sont associés aux collègues d'autres composantes de l'Université pour créer des DESS, des DEA communs ainsi que des écoles doctorales.

Quand l'Université française a instauré le système LMD, c'est ce même mouvement qui a permis la mise en œuvre à côté des cursus professionnalisants de santé, de

cursus scientifiques fondés sur les masters professionnels et de recherche ainsi que sur les écoles doctorales.

L'entrée des études de médecine elles-mêmes dans le système LMD pose des problèmes qui ne concernent pas que la France, mais qui concernent l'ensemble des pays membres de la Communauté. La France n'a aucun retard dans la réflexion visant à intégrer les études de médecine dans le système LMD et le Doyen THUILLEZ, à la demande du gouvernement et au nom de la Conférence des Doyens, a produit dans ce sens un rapport dont il revient maintenant au gouvernement de la République de procéder à sa concrétisation.

5. L'OUVERTURE A LA RECHERCHE ET INTERDISCIPLINARITE

La recherche en Sciences de la santé et plus généralement en Sciences de la vie de la santé est aujourd'hui partagée entre les Universités, les CHU et les EPST, notamment l'INSERM et le CNRS. Dans chacune de ces structures les hospitalo-universitaires ont pris leur place. Nombre d'entre eux dirigent des équipes d'accueil des Universités et des UMR; ce sont eux qui animent les délégations à la recherche clinique des centres hospitaliers universitaires; ce sont eux que l'on retrouve à la direction générale de l'INSERM dans les équipes de direction de l'INSERM et du Département des Sciences de la Vie du CNRS, dans les commissions scientifiques de spécialités de l'INSERM et du CNRS. Il faut noter que 50 % des Unités INSERM sont dirigées par des Hospitalo-universitaires, soulignant ainsi leur implication dans la Recherche biomédicale et en Santé. Les études diligentées par la Conférence des Directeurs Généraux de CHU, en lien avec la Conférence des Présidents de CME de CHU, la Fédération Hospitalière de France et la Conférence des Doyens de Facultés de Médecine, objectivent la participation des hospitalo-universitaires à la recherche.

De nombreux rapports ont illustré cet apport de la recherche en biologie santé :

- ◆ dans l'Université où les UFR de médecine peuvent réaliser jusqu'à 50 % de la production scientifique, en fonction de la taille de l'Université et des composantes. La composante santé est souvent la justification de la recherche fondamentale d'amont, voire pré-médicale et la justification pour répondre aux critiques classiques de grandes revues (Nature, Cell, Science: « What is the physiological/clinical relevance of your findings ? »).
- ◆ au niveau national et international, la France est le 4^{ème} publicateur mondial en biologie santé et l'INSERM se situe au niveau du MRC anglais, alors que depuis la 2^{ème} guerre mondiale l'effort de la recherche française s'est fait surtout sur l'atome civil et militaire, les transports, l'espace et la physique.
- ◆ enfin les Facultés de Médecine ont une spécificité la recherche clinique et la recherche de transfert entre le fondamental et l'appliqué. Cette recherche clinique a 3 grandes caractéristiques : elle s'adresse aux patients, donc directement aux citoyens, elle a une forte valorisation industrielle avec la grande industrie pharmaceutique, elle permet un retour rapide des découvertes d'amont sur les soins aux patients

Il faut enfin préciser que dans pratiquement tous les laboratoires ou UPRES, sont formés un grand nombre d'étudiants non médecins, scientifiques, pharmaciens, vétérinaires, ingénieurs, sociologues, mathématiciens appliqués, informaticiens et sont employés une quantité importante de chercheurs non médecins.

Il reste à rappeler que les grandes découvertes biomédicales se sont faites à l'interface maths-biologie (échographie et fractales), physique/biologie (IRM), chimie/physique biologie (PET Scan).

6. LES PROPOSITIONS

Il faut augmenter le poids de la Biologie Santé en France: il s'agit d'un problème de santé publique et de demande sociétale : « Qui tient le marché du médicament, tient le Monde » D. ZERHOUNI, Directeur Général du NIH.

Le mouvement d'autonomie des universités doit être l'occasion, au nom du travail accompli, et pour qu'il puisse se poursuivre, d'amplifier l'autonomie des Facultés de Médecine pour leur permettre précisément de rester ce trait d'union entre l'Université d'une part, le monde de la Santé d'autre part, et pour leur permettre de poursuivre, avec l'adaptabilité et la flexibilité nécessaires, leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

6.1. Formation

Bien que l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD soit difficile en raison de la nécessité de maintenir un Concours en fin de 1^{ère} année sans possibilité de sélection à l'entrée de cette première année, et de l'existence par ailleurs, pour les étudiants en Médecine de l'Examen Classant National, la mise en place d'un tel cursus présentera l'avantage de faire évoluer la formation des 4 professions, Médecine, Pharmacie, Odontologie et Maïeutique, dans un sens conforme à l'esprit du LMD pour ce qui concerne la nature et l'organisation de l'Enseignement et de permettre davantage d'interactions entre les différentes filières médicales et non-médicales au sein de l'Université.

Dans le rapport THUILLEZ :

- ◆ certaines propositions permettent d'envisager des flux entrants et des flux sortants d'étudiants durant les années de L1-L2-L3, assurant ainsi un décroisement de ces professions, grâce à la mise en place de passerelles.
- ◆ La mise en place, par ailleurs, d'enseignements mutualisés au sein des Professions de Santé, mais également entre les différentes filières de l'Université, permettront à l'étudiant d'envisager des réorientations impossibles auparavant, grâce à un parcours personnalisé.
- ◆ L'obtention de diplôme de Licence ou de Master doit présenter un atout pour les étudiants qui ne souhaiteraient pas exercer un métier directement lié aux soins mais qui voudraient s'orienter vers des métiers en rapport avec les Biotechnologies, la Recherche ou les métiers non soignants ayant rapport avec la Santé.

- ◆ La valorisation de la Recherche et la mise en place de parcours courts de formation à la Recherche devraient sensibiliser les étudiants à la Recherche Biomédicale et en Santé alors que, simultanément, le principe même du LMD devrait favoriser les échanges entre étudiants des différentes Composantes de l'Université, dans des domaines variés ayant rapport avec la Santé, aussi bien dans le domaine de la Biologie que des Sciences Humaines et Sociales.
- ◆ Enfin, les liens avec les Universités Etrangères, du fait de l'organisation LMD, devraient pouvoir être optimisés.

6.2. Recherche

Outre leurs liens avec le CNRS, L'INSERM, mais aussi d'autres EPST comme l'INRA, Les Facultés de Médecine sont et doivent demeurer le lien entre le monde de la Santé, d'une part, le monde de l'Université d'autre part.

Elles ont mis spontanément en place avec les conférences des directeurs généraux, des présidents de CME et la Fédération Hospitalière de France une Commission Nationale de la Recherche destinée à coordonner les efforts de recherche des instances constitutives des Centres Hospitaliers et Universitaires.

Elles demandent de généraliser l'association des CHU aux Contrats quadriennaux des Universités de même qu'elles souhaitent la participation effective des Universités et de leurs Présidents au Contrat d'Objectifs et de Moyens signés par le CHU et l'ARH.

Elles doivent grâce à l'implication de leurs hospitalo-universitaires continuer de promouvoir la recherche clinique des CHU portée par les PHRC régionaux et nationaux. Elles constitueront ainsi pour la recherche l'interface efficace entre les CHU et les PRES.

6.3. Gouvernance

Les Facultés de Médecine ont fait la preuve de leur adaptabilité, de leur ouverture, de leur dynamisme. Pour poursuivre au sein des CH & U d'une part, des Universités d'autre part, la totalité de leurs missions conjointes de soins, d'enseignement et de recherche, elles doivent bénéficier des moyens propres à assurer au sein des Universités leur gouvernance.

C'est ainsi qu'elles doivent négocier et signer les conventions de structure des centres hospitaliers et universitaires avant approbation par le président de l'Université. Les doyens et leurs conseils doivent pouvoir prendre toutes les mesures résultant de l'application de ces conventions. Les emplois hospitalo-universitaires qui nécessitent une prise en compte de l'inter-régionalité doivent être affectés directement aux Centres Hospitaliers et Universitaires par les ministères en charge de la Santé et de l'Enseignement supérieur. Les Facultés de Médecine proposent une réévaluation périodique de tous les enseignants titulaires

des Universités. L'affectation directe des emplois IATOS permettrait aussi une meilleure adaptation aux flux étudiants et aux nécessités de la Recherche. Le doyen doit être ordonnateur des recettes et des dépenses. Les UFR doivent bénéficier de l'autonomie pédagogique.

Enfin les Facultés de Médecine ne peuvent être contraintes à se replier dans des Universités autonomes car aujourd'hui le destin des Facultés de Médecine et des CHU s'inscrit dans l'inter-régionalité que la France a organisé pour structurer les soins, l'enseignement et la recherche en Sciences de la Santé. Les PRES qui se créent ne tiennent pas compte de cette contrainte pour obéir certes à d'autres contraintes légitimes pour d'autres composantes des Universités. Les Facultés de médecine doivent par leur statut assurer la cohérence entre leur appartenance au monde Universitaire et leur appartenance au monde de la Santé. Il y va de l'avenir des Centres hospitaliers et Universitaires dont la vocation moderne est de vivre leur avenir dans leurs inter-régions, seules capables par leur taille de répondre aux enjeux de la médecine moderne.