

Ouverture et introduction du colloque

Aline-Marie Florence

L'ouverture est faite par :

Jean Chambaz, Président de Sorbonne Université, Président de la ligue Européenne des Universités de Recherche

Patrice Diot, Président de la Conférence nationale des Doyens de médecine

Olivier Laboux, Président de l'Université de Nantes

Bruno Riou, Doyen de la Faculté de médecine de Sorbonne Université

Jean Chambaz, dont l'inquiétude est perceptible quant aux conséquences économiques de la pandémie, rappelle la place centrale de l'Université et des Facultés de Santé dans la résolution des problèmes et des enjeux de santé actuels et futurs. Les grandes avancées ne peuvent être en effet que de l'œuvre de la recherche médicale en synergie avec d'autres champs disciplinaires tels que l'ingénierie, la robotique ou les sciences humaines et sociales. L'Université, par la coordination de ces différents champs et sa capacité de formation, doit être l'objet de toutes les attentions. Ces enjeux sont partagés et portés par les Universités à l'échelle européenne. Évoquant ses confrères européens, Jean Chambaz exprime en outre l'existence en France d'un décalage dans la conception de la santé qui est basée sur le tout-hospitalier, au détriment des soins de santé primaires qu'il faudrait voir évoluer. Il conclut en saluant le volet de recherche inclus dans le plan de relance du Gouvernement qui représente un appui nécessaire, mais appelle à la vigilance dans l'attente de moyens concrets donnés aux acteurs qui sont les plus à même de répondre à ces enjeux.

Bruno Riou poursuit sur l'importance de ce colloque en évoquant, en premier lieu, une relative omission historique du secteur de la santé par les décideurs alors qu'une crise sanitaire comme la COVID-19 rappelle *a contrario* toute la place qu'elle occupe dans la société. Il déplore, en outre, que le Ségur de la Santé n'ait pas abordé un certain nombre de champs que sont la formation, la recherche ou l'avenir des CHU. Il rappelle, en tant que président de la Conférence des Doyens d'Ile-de-France, que la santé ne doit plus être seulement vue selon le prisme de la médecine, mais bien englober l'odontologie, la maïeutique, la kinésithérapie... Il conclut en invoquant le nécessaire entrecroisement avec les facultés de sciences et de sciences humaines avec lesquelles les recherches à venir doivent être de plus en plus en partagées.

Olivier Laboux souligne la particularité de cette rentrée pour les Universités qui se fait à travers la convergence de deux priorités cruciales : assurer le service public par la mission d'enseignement qui doit se poursuivre ; concourir à la santé publique par la protection de la santé des étudiants et des personnels. Pour ce faire, les éléments de cadrage national doivent se poursuivre par une réaction de proximité forte et immédiate qui doit être soutenue. La troisième priorité s'établit pour lui dans la recherche publique en précisant que l'investissement doit y être massif non seulement dans la production de connaissances mais également dans leur transmission et en rappelant, à l'aune de la crise sanitaire, l'importance pour les citoyens de comprendre comment se construit la science d'aujourd'hui et ses implications dans le débat public.

Enfin, Patrice Diot rappelle que ce colloque de la Conférence des Doyens s'effectue pour la première fois avec les autres conférences médicales de Pharmacie, d'Odontologie et de Maïeutique unies dans la volonté de s'engager ensemble pour faire évoluer les modèles de formation et de recherche afin d'épouser les besoins de santé des citoyens.

Les sujets abordés seront cruciaux :

- ⇒ La santé publique ne doit pas être vue uniquement comme une discipline universitaire ou une spécialité médicale mais un objet qui appartient à toute la société et que l'on se doit de saisir ;
- ⇒ L'attractivité doit être redéveloppée et les facultés, en ce sens, doivent être projetées dans les territoires par des enseignants universitaires territoriaux et le développement de l'inter professionnalité ;
- ⇒ La recherche médicale ne peut plus être considérée par le prisme de la seule recherche clinique mais par ses multiples facettes.

Patrice Diot conclut en annonçant que cette journée n'est qu'un début d'action. D'autres temps de réflexion seront construits pour permettre de refonder la formation et la recherche en santé au bénéfice des citoyens.

Session 1

« Pourquoi et comment donner un nouvel élan à la santé publique en France ? »

Sixtine de Lafforest

- **Introduction de la session par Laurence Lupi, Doyenne de l'UFR odontologie de l'université Côte-d'Azur, et Manuel Tunon de Lara, Président de la Commission des questions de santé à la Conférence des Présidents d'université**

Laurence Lupi décrit la santé publique à travers la surveillance sanitaire qui repose sur quatre points :

- Une dimension européenne, voire internationale ;
- Une organisation réactive et agile pour faire face aux pathologies transmissibles (exemple des réseaux sentinelles mettant en collaboration plusieurs professionnels de santé) ;
- Des indicateurs cliniques ou biologiques ;
- Les nouvelles technologies et l'intelligence artificielle (exemple des modèles et algorithmes nous permettant de passer du modèle préventif au modèle prédictif).

Manuel Tunon de Lara revient, quant à lui, sur le paradoxe de la santé publique en France : « *Nous sommes dans un pays reconnu pour la médecine, son excellence dans le domaine de la santé. Mais nous sommes aussi dans un pays de paradoxes en termes de santé publique. Ainsi, les indicateurs du vieillissement en bonne santé ne sont pas très bons, et il existe des inégalités de santé dans les territoires. La crise COVID a bien illustré ce paradoxe : force de déployer l'ensemble des hôpitaux français, de transporter des malades d'un site à un autre... mais nous rencontrons des difficultés avec la prévention et les comportements. Nous avons des difficultés avec une forme de culture de la santé publique que nous n'avons pas.* »

- **Point de vue : Les modèles de développement de la santé publique en Europe et dans le monde, par Antoine Flahaut, Directeur de l'Institut de santé globale de la Faculté de médecine de l'Université de Genève**

Issu de l'internat de santé publique, Antoine Flahaut a choisi cette voie car, selon lui, « *la santé publique c'est essayer d'essayer de résoudre, ou d'apporter des solutions aux grands problèmes de santé dans le monde* ».

En France, l'internat de santé publique souffre d'un manque d'attractivité auprès des étudiants en médecine. La formation médicale est surtout orientée vers la clinique, notamment hospitalière. Dans d'autres pays, cette spécialisation en santé publique est plus valorisée, comme en Belgique, au Royaume-Uni ou aux États-Unis.

De manière générale, la santé publique se porte bien dans le monde. En effet les acquis sont considérables : l'espérance de vie a doublé depuis 1870 dans tous les pays du monde, la variole a été éradiquée, et la poliomyélite quasiment. Enfin, la mortalité infantile des moins de 5 ans a diminué de 50% ces 30 dernières années.

En France, cependant, nous avons une marge de progression sur la prévention et l'éducation à la santé, au regard de l'espérance de vie en bonne santé (après 65 ans), reflet de la santé publique et très plurifactorielle (niveau de vie, revenu, éducation...). En Suède, en comparaison, la population vit en très bonne santé après 65 ans. Dans ce pays, il y a une forte adhésion aux programmes de santé publique.

En France, la prévention représente environ 5% des dépenses de santé, répartition que l'on retrouve dans de nombreux pays où les soins sont le plus souvent privilégiés. Dans les pays nordiques, qui ont beaucoup investi dans la prévention, on a une meilleure espérance de vie sans incapacité.

- **Table ronde présidée par Geneviève Chêne, Directrice générale de Santé Publique France, et Emmanuel Rusch, Président de la conférence nationale de santé**

Intervenants :

Laurent Chambaud, Directeur de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)

Dominique Costagliola, Directrice adjointe de l'Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (Sorbonne Université, Inserm)

Arnaud Fontanet, Directeur de l'unité d'épidémiologie des maladies émergentes à l'institut Pasteur

Didier Houssin, membre de l'Académie Nationale de médecine

Rémy Slama, Directeur de l'Institut thématique de santé publique de l'INSERM

Les experts abordent les points suivants :

- La place de la santé publique dans le système de santé et dans la société (démocratie sanitaire ; culture de santé publique)
- La formation et la transdisciplinarité en santé publique

La démocratie sanitaire et le rôle des associations

Il est évident qu'il y a un besoin de refonder la place de la santé publique dans un système de santé et dans la société en général, avec la démocratie sanitaire et la « pensée prévention » comme complément essentiel à la stratégie thérapeutique.

La crise actuelle interroge la démocratie sanitaire, son intérêt, sa mobilisation. Une démocratie en santé mobilisée est le garant d'une capacité d'action aux niveaux

individuel et populationnel. C'est le levier d'un agir ensemble et la condition indispensable des décisions efficaces, efficientes et éthiques. La co-construction avec les citoyens peut et doit se baser sur l'existant : les structures de démocratie sanitaire. Avec la démocratie en santé, au lieu d'avoir une santé publique contrainte, on peut avoir une santé publique qui est expliquée, mobilisée et faite ensemble, c'est la seule bonne façon de pouvoir progresser.

Propositions :

- 1) Co-construire les interventions de santé publique avec les associations : ces dernières sont proches des problématiques de santé sur le territoire et ont des expériences d'interventions à destination de leurs publics ;
- 2) S'adapter aux territoires et associer les citoyens aux décisions : en réfléchissant aux besoins avec les comités existants, ces besoins seront mieux déterminés par les acteurs de territoire ;
- 3) Développer la science citoyenne.

La formation en santé publique et la transdisciplinarité

Lors de cette table-ronde, les échanges sur la formation, et notamment la multidisciplinarité, sont également nombreux. Selon Antoine Flahaut, « *la clé de la formation de santé publique c'est d'arriver à mettre autour de la table des étudiants venant de divers horizons* ».

L'offre de formation en santé publique est de bonne qualité en France avec un bon niveau de master et de doctorat. De plus, les masters spécialisés de santé publique ont un recrutement qui va bien au-delà des facultés de médecine. Cependant, la piste d'amélioration est toujours la multidisciplinarité. Il faut attirer des publics plus larges, tels que des étudiants ingénieurs ou issus des sciences politiques. Les étudiants venant de formations diverses concourent par leurs points de vue et cultures scientifiques à une recherche de solution interdisciplinaire. En effet, la santé publique est vaste et extrêmement complexe : ce sont les mathématiques, les sciences économiques et sociales, les sciences du comportement. Pour répondre aux questions de société, il faut sortir des frontières de la médecine et s'approprier cette multidisciplinarité.

D'autre part, à l'EHESP, *il y a* une dissociation de la faculté de médecine et de la formation de santé publique : il faudrait apporter de la médecine dans cette formation. La médecine joue un rôle important et doit apprendre à être complétée par les autres disciplines.

Propositions :

- 1) Créer des instituts de formation : dans chaque région, il pourrait y avoir un institut de santé publique sur le modèle de l'ISPED de Bordeaux. Ces instituts pourraient faciliter et harmoniser le travail de chacun, pour ainsi travailler tous ensemble de façon optimale. Ces structures pourraient être déclinées au niveau territorial ;

- 2) Faire du lien entre les disciplines : l'institut de santé globale à Genève, par exemple, est inter-facultaire et rassemble des compétences de droit, de sciences humaines, d'économie et de médecine ;
- 3) Structurer la formation multidisciplinaire : ouverture d'un CNU en santé publique universitaire ;
- 4) Ouvrir une formation initiale, au niveau licence : proposer des missions de *contact tracing* en temps de crise, et des missions de prévention hors crise.

La culture de santé publique

Avec la crise, nous constatons un paradoxe. Ainsi, aux États-Unis ou au Royaume-Uni par exemple, le fait d'avoir les meilleures écoles en santé publique ne signifie pas que la population a une culture de santé publique pour adhérer aux programmes ou mesures de santé publique.

La culture de la santé publique de la population est importante, l'exemple des pays scandinaves en témoigne. L'apprentissage doit commencer extrêmement tôt, à des âges où l'on est prêt à adhérer à une logique de pensée de prévention. Beaucoup de débats de société tournent autour de questions de santé publique. Ces choix doivent faire intervenir les citoyens, et il est nécessaire d'avoir une culture de santé publique qui leur permette de trier l'information, de se faire une opinion et d'en débattre au sein du débat citoyen.

On devra s'interroger sur la manière dont on développe la culture de santé publique, au niveau national et des territoires, et sur les mécanismes à avoir pour observer comment les politiques sont promotrices en matière de santé. Par exemple, des décisions politiques fermes, montrant que le pouvoir public a confiance en la science peut permettre de gagner la confiance de la population. C'est l'exemple de l'obligation vaccinale.

Enfin, la communication en santé publique est un axe à améliorer face à la crise actuelle, pour avoir l'adhésion de la population vis-à-vis des mesures à suivre. D'ailleurs, les médias ont joué un rôle considérable lors de la crise et il serait intéressant d'avoir une formation de santé publique dans les écoles de journalisme.

Propositions :

- 1) Formation à une culture de santé publique :
 - a. Initiation ou éveil à la santé publique : dans les écoles, enseigner une façon de penser et à faire les bons choix au bon moment ;
 - b. Renforcer les interventions à destination des enfants et des adolescents, des âges critiques pour la prévention, la promotion de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé ;

- 2) Un exemple d'initiative à l'EHESP : créer des relais de diffusion de l'information, grâce à des ambassadeurs et des modules de formation en e-learning, sur tous les territoires.

Enfin, deux autres sujets ont été abordés lors de cette session : la recherche, et la santé publique au niveau européen et international.

Recherche expertise et décision

Les enjeux sont avant tout de mieux structurer la recherche et de la soutenir. Lors de la crise, des outils ont été déployés/activés rapidement : ce sont les grandes cohortes (nutrinet, constance...) qui ont permis de décrire la situation, les effets du confinement... Il faut continuer à soutenir ces observatoires d'épidémiologie. Soutenir la recherche, c'est clarifier et renforcer le financement.

Antoine Flahaut a aussi insisté sur le partage des rôles entre les scientifiques et les politiques : les scientifiques sont chargés d'informer sur les risques de transmission du virus, alors que les politiques ont la responsabilité de prendre les décisions fondées sur les arguments des scientifiques.

La santé publique au niveau européen et international

La Santé Publique n'est pas « française », elle est hors frontières et doit se décrire au minimum à l'échelle européenne. Il doit y avoir une collaboration internationale. Notamment, en temps de crise, l'OMS a été renforcée financièrement. Un comité d'évaluation va tirer des leçons de la question du règlement de la situation sanitaire au niveau international.

Dans les pays en développement, le changement est en cours, des formations de santé publique se développent. La France et les pays développés peuvent avoir un rôle d'expert ou d'accueil pour de la formation. Ce qui est intéressant, c'est que les problèmes de santé publique commencent à se ressembler dans tous les pays du monde.

- **Conclusion de la session**

La santé publique est un investissement, et signifie créer des environnements favorables à la santé.

Il est crucial de développer un modèle de structure à l'échelle territoriale, proche des citoyens, proche des universités pour la formation, et avec un adossement fort à la recherche. L'ensemble des acteurs de santé publique sont prêts. Les universités sont très à l'écoute de ces propositions et font en sorte que l'on y arrive progressivement, très activement.

Session 2

« La médecine dans la société, des universités à l'offre de soins dans les territoires »

Alice Belart

- **Introduction de la session par Bach-Nga Pham, Vice-présidente de la Conférence nationale des doyens de médecine, et Isabelle Derrendinger, Directrice de la structure de formation en maïeutique du CHU de Nantes**

Dans un premier temps, sont présentés les axes de réflexion de la session :

Le système de santé s'est-il complexifié ? Que pensent les patients qui sont au cœur du système de santé ? L'organisation de la santé a-t-elle tenu compte des besoins de la population - d'une médecine de proximité-, ou, au contraire les professionnels ont-ils demandé aux usagers de s'adapter au système de santé ? Comment répondre au problème de démographie médicale face aux déserts médicaux des territoires ? Et comment rendre les territoires plus attractifs ?

Les deux présidentes de session reviennent ensuite sur les points suivants :

Ces dernières années, le monde de la santé a bénéficié d'avancées médicales, scientifiques et technologiques majeures. Cependant nous devons faire face au vieillissement de la population combiné à une prise en charge croissante de patients souffrants de maladies chroniques. Les efforts se poursuivent à travers l'aide aux personnes en situation de précarité, celles en situation de handicap, tout en affrontant des pandémies avec des virus émergents.

Cette évolution du système de santé a rendu possible une amélioration dans la structuration et la coordination autour des soins Hôpital-Ville.

Le système de soins de demain doit se bâtir aux côtés des futurs professionnels de santé. Et ceci, de manière multidisciplinaire et en inter-professionnalité, avec la collaboration des différents types de métiers en santé. Le développement d'une formation de proximité et professionnalisante est un élément central pour mailler les territoires de professionnels de santé. En favorisant l'attractivité des zones rurales et la formation des maîtres de stages, les étudiants pourront s'installer plus facilement hors des villes en s'engageant dans la vie sociale.

L'université joue un rôle clé dans cette construction d'avenir. Elle est un partenaire nécessaire au système de santé pour contribuer à un décloisonnement dans son type d'exercice entre l'hospitalier et le libéral. Elle est la seule à pouvoir embrasser tous les champs disciplinaires et se révèle adaptative lorsqu'elle accueille la mise en place de séances de simulation *in situ*. L'exemple du Service Sanitaire a favorisé l'interdisciplinarité et l'engagement des étudiants en santé grâce à un projet commun à toutes les filières en formation de santé.

Un internaute fait alors la remarque suivante : « *La disparition des maternités fait courir beaucoup de risques aux jeunes mères et à leur enfant, il y a trop de déplacements et pas assez de structures de proximité comme les maisons de naissance* ». Ce à quoi répond Isabelle Derrendinger : « *Effectivement, le manque de personnels de santé entraîne souvent la fermeture d'établissements. Ainsi, la responsabilité collective des professionnels et des élus locaux doit permettre, l'amélioration de la formation des étudiants et de leurs tuteurs ainsi que le financement des déplacements sur les lieux de stage* ».

- **Table ronde présidée par Sylvain Gauthier, assistant hospitalo-universitaire UVSQ de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, et Jocelyne Wittevrongel, Présidente de l'Union nationale des professionnels de santé**

Intervenants :

Paul Frappé, Président du Collège de médecine générale (CMG)

Morgane Gode-Henric, Présidente de l'ANEMF

Thierry Godeau, Président de la conférence des présidents de CMEdes Centres hospitaliers

Khalifé Khalifé, Conseiller régional délégué à la santé Région Grand-Est

Isabelle Maincion, Vice-Présidente de l'Association des maires de France

Gérard Raymond, Président de France Asso

Comment les professionnels intègrent-ils la dimension territoriale en matière de pratique et de collaboration interprofessionnelle ?

Paul Frappé explique que la responsabilité existe au niveau territorial et des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) qui rassemblent les professionnels du monde de la santé, du médical et du social sur un même territoire pour une meilleure coordination. En revanche, il est rappelé que les CPTS sont uniquement des organes de pilotage et non des organismes de gouvernance territoriale. En termes d'innovation, les expérimentations de transferts de compétences sur les territoires, semblent rencontrer des limites. En effet, elles seraient la conséquence d'un manque de lisibilité et d'un dérèglement du système de santé. Paul Frappé appelle à une mise en garde d'une vision simpliste où le rôle de chacun des acteurs de la santé ne serait plus aussi bien défini. Avec l'ambition d'une qualité des soins, il apparaît essentiel de maintenir une cohérence et une efficacité afin d'éviter une baisse de confiance de la part des usagers.

Que manque-t-il aux étudiants pour aller travailler dans les territoires ?

Morgane Gode-Henric explique que, actuellement, les étudiants manquent de connaissances sur les territoires ce qui renforce l'idée d'un projet autour des stages en libéral et dans les centres hospitaliers de proximité. La formation est aujourd'hui, très axée sur les CHU et l'attractivité des territoires est soumise à l'investissement que les services publics lui accordent. Ainsi, l'objectif est de donner envie aux futurs professionnels, de s'installer sur les territoires.

Propositions :

- 1) Développer des HTES (Hébergements Territoriaux pour les Étudiants en Santé) avec une prise en charge financière du coût de transport ;
- 2) Dans le cadre des stages, augmenter le nombre d'encadrants et diversifier leurs profils.

Comment les centres hospitaliers peuvent accompagner la dynamique territoriale, notamment avec les liens Hôpital-Ville ?

Thierry Godeau explique qu'un territoire se réfléchit en termes d'offre de soins et de responsabilité populationnelle. Au niveau local, il s'agit de réaliser un diagnostic territorial pour répondre aux besoins de la population.

Le nombre croissant d'interlocuteurs dans les GHT (Groupement Hospitaliers de Territoires) semble être un frein à un dialogue de qualité au niveau des échanges entre l'hôpital et la ville. Ainsi, les CPTS font l'objet d'une grande demande et manquent de lien avec ces GHT. D'autre part, la transformation des systèmes d'information pourrait rétablir une meilleure communication Ville-Hôpital.

L'offre de soins sur le territoire est subordonnée à la démographie médicale. De ce fait, les territoires avec de petits effectifs de soignants voient décroître leur attractivité médicale. Les services de spécialités attirent les futurs professionnels qui se désintéressent de la médecine polyvalente. L'objectif est de revoir l'organisation hospitalière de proximité. Il s'agit de réinvestir les territoires pour accueillir des patients poly-pathologiques.

Propositions :

- 1) Axer sur une formation avec un tronc commun plus polyvalent ;
- 2) Axer sur des stages avec une activité multi-sites pour que les étudiants comprennent le fonctionnement hospitalier et en ville.

Comment les conseils régionaux peuvent améliorer l'attractivité des territoires aux yeux des étudiants en santé ?

Khalifé Khalifé explique que la région Grand-Est connaît un départ des étudiants de l'autre côté de la frontière alors qu'elle finance la totalité des formations sanitaires et sociales. L'Agence Régionale de santé doit équilibrer le quota d'étudiants notamment lorsque la majorité d'entre eux décident d'exercer dans les centres hospitaliers.

Un internaute pose la question suivante : « *Les régions ne sont-elles pas devenues trop grandes ?* ». Ce à quoi Khalifé Khalifé répond : « *au niveau de la région Grand-Est, il existe une Maison de région dans chaque grande ville et agglomération. Ce système permet une décentralisation dans le domaine de la santé. Cependant en comparaison avec les régions allemandes appelées les Lands, elles ont un budget alloué plus important qu'en France. La santé reste une compétence régaliennne de l'État et la Commission d'aménagement du territoire permet de débattre des questions de santé pour les élus* ».

Proposition :

- 1) Uniformiser les aides pour les internes en médecine avec le financement des stages pour ceux qui se trouvent éloignés de leur domicile. En effet, la crise sanitaire actuelle semble avoir permis une organisation entre les professionnels du public et du privé.

Quel levier les élus peuvent-ils actionner pour répondre aux attentes des usagers et des professionnels ?

Isabelle Maincion revient sur le fait que les maires souhaitent montrer leurs expertises et qu'elles soient reconnues sur les territoires. Ils souhaitent aussi ainsi être associés aux différentes instances et participer à la gouvernance des hôpitaux.

Malheureusement, des dysfonctionnements de communication, lors des conseils de surveillance, découragent les élus locaux. Et ils regrettent que la gouvernance de l'ARS peine à prendre des initiatives. L'ARF (Association des Régions de France) souhaite que les ARS soient sous la gouvernance des régions afin de créer une harmonie avec les préfetures de région.

Madame Maincion souligne également que les contrats locaux de santé sont un outil pour l'organisation des soins en plaçant le patient au cœur de son parcours de santé. Elle est favorable au renforcement du lien Hôpital-Ville.

Les élus représentent un appui et un accompagnement avec l'aide des différents professionnels de la santé. Une co-construction s'avère nécessaire entre les élus locaux et les médecins de ville. Le besoin d'une aide financière envers les étudiants durant leurs stages se réaffirme. Ce soutien aux futurs professionnels de santé doit favoriser l'attractivité des zones rurales.

Qu'attendent les usagers de ce système de santé ?

Gérard Raymond revient sur la loi du 4 mars 2002, selon laquelle les usagers de la santé sont les bénéficiaires et les acteurs de la santé. Les associations d'usagers pour la santé sont donc au cœur du système de santé. Les données et les savoirs des associations d'usagers permettent une meilleure évaluation de la santé en vue d'une amélioration globale. Le partenariat avec les usagers de la santé est primordial pour développer le système de santé et assurer une meilleure coordination.

Un internaute pose la question suivante : *« Comment le mouvement des associations peut-il s'inscrire dans des demandes très pressantes des citoyens sur le sujet de la santé ? »* Gérard Raymond répond : *« Les associations de patients ont une responsabilité dans leur évolution via une co-construction et une professionnalisation de leurs missions et actions. Elles doivent être en capacité pour mieux représenter l'ensemble des concitoyens et les faire participer aux réflexions collectives, notamment grâce au système de démocratie directe ».*

Les questions des internautes

« D'où peuvent venir les incitations pour entraîner une vraie mutation de l'Université à réorienter la formation, la recherche et le service vers plus de responsabilité sociale ? »

« Comment revoir le management hospitalier et son impact sur la prise en charge des patients ? »

« Quels moyens sont donnés aux professionnels pour donner du liant humain entre eux ? »

« Quels axes d'amélioration pour les formations en santé ? »

« Quels moyens alloués au changement dans le système de santé ? »

« Faut-il renforcer le travail entre les universités, les régions et les élus ? »

Session 3

« La recherche médicale : les enjeux de progrès et de développement international »

Marie Ansoborlo

- **Introduction de la session par Christine Clerici, Présidente de l'Université de Paris, et Jean Sibilia, Doyen de la faculté de médecine de Strasbourg**

Les atouts de la recherche française

Actuellement au 7ème rang mondial en termes de publications et *leader* européen pour les projets de recherche clinique, la France s'inscrit dans une recherche d'excellence. Le contexte de la recherche médicale française est constitué de trois acteurs : les organismes de recherche (INSERM, CNRS), les C.H.U, et les Universités. Cette triangulation doit être perçue comme une force tant qu'elle est complémentaire et non une concurrence. Aujourd'hui, la pandémie met en exergue un autre atout de la recherche clinique et fondamentale française : sa capacité à se mobiliser rapidement, souvent de façon coordonnée.

L'ombre au tableau

Le temps long de la recherche implique que les résultats sont visibles de façon retardée. Nous subissons, aujourd'hui, un ralentissement de notre activité de recherche, et, sans ressources appropriées, la menace de perdre régulièrement des places dans le classement mondial apparaît inévitable. Nous croyons que la France a un rôle à jouer dans l'innovation et ne doit pas céder au rachat de ses start-up par les pays étrangers. Nous devons soutenir le projet de loi de programmation de la recherche pour les années 2021 à 2030, et les partenariats entre la recherche privée et la recherche publique qui sont importants.

Cris d'alerte et cris d'alarme

La crise du COVID-19 est un révélateur d'une grande difficulté de la recherche. Sans connaissance, rien n'avance. Nous déplorons un déficit de confiance majeur de la part de la population française envers les recommandations notamment vaccinales. La recherche nous pousse à nous interroger sur la souveraineté collective et sur la rationalité qu'elle porte dans nos universités.

Plusieurs questions restent en suspens, avec une mise en garde : qui pilote nationalement et territorialement la recherche en France ? Pourquoi ne pas donner à l'Université la capacité de piloter territorialement, de façon décomplexée ? La question de la valorisation du travail des chercheurs ? Met-on assez d'argent dans le système, au regard de nos homologues européens (notamment allemands) ? S'est-on interrogé sur les conditions de travail des chercheurs ? Dans le cas contraire, le risque d'une chute libre des résultats de la recherche française, dont les conséquences ne seront visibles que dans les années à venir, doit-être pris au sérieux.

- **Point de vue critique sur la recherche en France pour porter des éléments d'avenir, par Patrick Levy, ancien Président de l'université Grenoble Alpes, coordinateur de l'initiative d'Excellence**

État des lieux et problématiques

Dans la compétition scientifique internationale, la France se trouve dans une position moyenne avec un niveau de co-publications insuffisant.

La production scientifique chinoise progresse, quant à elle, massivement. La recherche sur le médicament dans le monde est assez médiocre (2.4% des publications mondiales) et on observe une régression, surtout pour les études de phase I et de phase II.

La crise COVID-19 comme électro choc

La crise agit comme un révélateur des dangers des écarts aux principes méthodologiques des publications scientifiques. De façon générale, elle révèle un certain nombre de fragilités de notre système de santé : le problème du sous encadrement hospitalier-universitaire, un déficit structurel, et une organisation médiocre de la formation à la recherche en santé publique.

Les immunothérapies, les cellules souches, les traitements de la douleur et de la santé mentale, les nouvelles technologies sont des domaines innovants et à hauts potentiels.

La télémédecine et le big data, mis en exergue avec la crise sanitaire, s'annoncent aussi très prometteurs. Les recherches portant sur l'intelligence artificielle (IA) et la « performance médicale » s'accélèrent. Même si des algorithmes sont comparés avec certaines tâches cliniques, la place de l'IA en pratique questionne. Aucune innovation et technologies ne peut être mise en évidence sans rehausser le financement de la recherche, notamment en biologie. Le rôle de l'ANR est très important.

Proposition :

- 1) Assurer la pluridisciplinarité et renforcer les infrastructures de recherche. Nous serions intéressés par des pôles de santé publique pluridisciplinaires, pour apporter un nouveau souffle à la recherche en santé publique. Une partie des défauts sus cités peut être palliée par une meilleure coordination entre les C.H.U, les Universités et les institutions de recherche (INSERM et CNRS). Améliorer la capacité des centres à inclure des patients dans les études est une clé.
- **Table Ronde présidée par Ariane BERDAL, Doyenne de l'UFR d'Odontologie Université de Paris, et Marie-Noëlle Gerain-Breuzard, Présidente de la Conférence des directeurs généraux de CHU**

Intervenants :

Philippe Berta, Député, rapporteur attractivité et emploi des carrières scientifiques (LPPR)

Jean-Yves Blay, Président d'Unicancer

Gilles Bloch, Président-directeur général de l'Inserm

Elias Fattal, Vice-Doyen Recherche de la faculté de Pharmacie Paris-Saclay, Université Paris-Saclay

Didier Samuel, Doyen de la faculté de médecine Paris-Sud, Président du Comité National de Coordination de la Recherche (CNCR)

Les atouts du système français

- ⇒ Les organisations telles que les CIC et FCRIN fonctionnent bien : notre système est constitué d'un tissu de compétences humaines efficaces, avec des ingénieurs, des techniciens, des administratifs, des laboratoires qui fonctionnent en continu. Nous avons une permanence des compétences, même si nous avons moins de moyens que nos voisins européens. Par ailleurs, la France bénéficie du haut degré d'éthique de ses chercheurs.
- ⇒ Les jeunes : la réforme des études médicales peut permettre d'identifier des jeunes étudiants brillants pour réaliser un master et une thèse. Il faut encourager les cursus de Phd avant de finaliser son Md. Nous devons permettre à nos soignants de pouvoir projeter et produire leurs travaux de recherche, et

nous devons acculturer nos jeunes chercheurs aux enjeux de santé. L'Inserm doit s'engager, auprès des hôpitaux, pour faire des stages dans des laboratoires de recherche. Et nous devons organiser cela à travers du compagnonnage, car certains étudiants ne connaissent pas les problématiques médicales. Enfin, nous devons être attentifs à la fuite des étudiants français vers les pays anglo-saxons et américains.

Le constat actuel : « le chercheur au milieu des champs de tir », et « une perte des objectifs de la recherche »

- ⇒ L'inclusion des patients dans les essais cliniques est souvent trop faible : nous avons besoin d'une coordination et de travailler ensemble, et non plus en silos. Nous avons besoin de tisser un réseau, et doivent être développées les maisons territoriales de la recherche. La recherche tire le soin vers le haut dans un centre hospitalier. Il est important de créer une ANRS où le mot « santé » apparaisse. Nous devons réinjecter de l'argent dans la recherche et améliorer le travail en commun à l'échelle du territoire.
- ⇒ Les moyens insuffisants de l'ANR face aux besoins grandissants : nous avons besoin d'un million d'euros pour l'ANR pour satisfaire un tiers des projets comme en Allemagne, et nous devons dépasser les 3% (1% recherche publique et 2 % pour le privé). Cette proposition doit être validée par le Sénat fin octobre et mise en œuvre dès 2021.

Les voies/voix efficaces pour mobiliser les acteurs sur la recherche et permettre le dialogue entre les organismes de recherche.

- ⇒ L'article 24 a pour objectif de proposer un lieu de rencontre à l'échelle territoriale entre le plus grand nombre d'acteurs possible : plus que des voies, ce sont des carrefours d'idées et de projets qu'il faut emprunter, financer et faire remonter. Nous devons mobiliser les acteurs économiques, les collectivités territoriales qui sont décisionnaires. L'avancée des connaissances est une démarche collective et non individuelle.
- ⇒ L'interdisciplinarité, "la santé n'est pas une affaire d'hôpital" : il faut regrouper plusieurs établissements européens (les cinq premiers centres de lutte contre le cancer dans le monde ont des ressources bien supérieures à celles des centres européens). Et il faut élargir au-delà de la recherche médicale pure. Ainsi, il faut continuer à tisser les liens entre les Universités, les écoles d'ingénieurs et les organismes de recherche. Nous avons l'exemple des technologies de la santé qui s'appuient sur différents professionnels (physiciens, les chimistes, etc.). Il faut construire, hors les murs, un institut de recherche sur le médicament et l'innovation thérapeutique, avec des équipes pluridisciplinaires de pharmaciens, de médecins, etc.

- ⇒ Valoriser et encourager la recherche : nous devons encourager les jeunes à travailler à l'étranger (stages, travail, etc.). En effet, se comparer aux autres permet de se hisser vers le haut. Dans le cadre d'Erasmus, il y a plus d'étudiants européens qui viennent en France que d'étudiants français qui partent en Europe. Il faut faciliter les stages étudiants en 3ème année. De plus, il faut valoriser les salaires, améliorer l'environnement de travail et accélérer les traitements réglementaires. Notons que très peu d'étudiants en pharmacie poursuivent en thèse car ils préfèrent s'orienter vers les emplois en officine ou en industrie (exemple : réduire le délai pour un CPP pour un accord ANSM).

Temps dédié à la recherche

- ⇒ Organiser le temps de travail pour dégager du temps recherche pour les médecins : ce manque de temps est lié au problème de démographie médicale. La pression sur le terrain et sur le système de soins entraîne une perte de temps dédié à la recherche.
- ⇒ Les métiers intermédiaires : la prévention est un exemple de mission qui doit être développée. Sur les aspects de la recherche paramédicale, il y a un énorme retard de la France.

Session 4

« Comment l'interdisciplinarité et la transversalité des compétences peuvent-elles contribuer à l'excellence des professions de santé ? »

Cathie Faussat

- **Introduction de la session par Isabelle Vaast, Vice-doyenne de la faculté de Médecine et Maïeutique de l'Université catholique de Lille, et Emmanuel Nicolas, Doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand**

Isabelle Vaast introduit la session en précisant combien le progrès technique, qui s'est accéléré au XXème siècle, a renforcé l'engagement des différentes disciplines vers l'hyperspécialisation et la découpe du savoir « *vers le plus petit et le plus précis* ». L'approche universitaire mono-disciplinaire est alors naturellement guidée par sa « *puissance explicative, investigatrice et pédagogique* ».

Différents croisements disciplinaires peuvent alors se concevoir et co-exister :

- La pluridisciplinarité : mise en continuité des compétences entre les disciplines sans que chacune des disciplines ne modifie sa propre vision ;
- L'interdisciplinarité : mise en commun des savoirs (langages, concepts, préoccupations) entre les disciplines ;
- La transdisciplinarité : stratégie collaboratrice plaçant le patient au centre du cercle des compétences, alliant les sciences de l'homme et valorisant les différences.

Un virage de la pluridisciplinarité qui « *ne suffit plus* » vers la transdisciplinarité semble désormais indispensable. Si ce choix de pensée peut sans doute générer inconfort et incertitude pour certains, il répond néanmoins à l'enjeu fort de la pertinence de la prise en charge des patients dans leur globalité et la complexité de son environnement.

Cette approche « *qui ne va pas de soi* » implique de connaître les champs de compétences de chacun et de mobiliser des innovations pédagogiques. Les objectifs fixés pour développer la transversalité à l'avenir sont les suivants :

- Intégrer la transversalité dans l'offre de formation initiale et continue ;
- Renforcer les liens entre les professionnels aux modes d'exercices variés ;
- Renforcer les liens entre étudiants et usagers ;
- Développer la recherche en pédagogie.

Emmanuel Nicolas soulève alors des éléments de réflexion sur les moyens d'atteindre ces objectifs, les freins et les leviers :

- Comment convaincre les professionnels de s'engager dans des nouvelles formes d'organisation ? Veulent-ils travailler ensemble et comment ?
- Si le service sanitaire paraît être un des leviers possibles, quelles sont les autres stratégies pédagogiques à développer ?
- Quels sont les freins à la communication interprofessionnelle ? Une réflexion « *plus à la marge* » qui interroge le progrès technique et l'hyperspécialisation comme un de ces freins est proposée. Enfin, il est proposé de découvrir ce que l'on peut tirer de l'expérience canadienne des stratégies pédagogiques innovantes telles que la simulation, l'apprentissage précoce de compétences en communication, sur l'adhésion des professionnels à l'interdisciplinarité.
- **Communication : « Défaire les silos : identifier des leviers stratégiques en transversalité au service de la qualité et la sécurité des soins », par Ahmed Moussa, Directeur du centre de pédagogie de la faculté de médecine de l'Université de Montréal**

Au travers des échanges entre Ahmed Moussa, Pascal Maurel et Emmanuel Nicolas, nous pouvons retenir des leviers stratégiques essentiels pour apprendre à se connaître et cesser de travailler en silos :

- Démystifier la communication avec les patients et entre les professionnels, en commençant par changer de vocabulaire. Par exemple, ne plus parler de tournée « *médicale* » mais de la tournée « *du patient* » pour impliquer tous les professionnels autour du patient. Mais aussi en levant les barrières de hiérarchie encore trop prégnantes dans notre système de santé français ;
- Faire de cette collaboration la norme, à la fois chez les jeunes acteurs et chez les professionnels en place - au risque de voir les efforts se défaire par « *curriculum caché* » - en définissant des temps de travail communs, centrés sur le patient et sur le service à rendre à la société : avoir des cours ensemble, des groupes d'échanges, organiser des comités de travail par exemple ;
- Ré-axer les méthodes pédagogiques, aussi bien sur une approche par les compétences transversales (communication, professionnalisme, etc.) que sur l'approche par connaissances par l'intégration des sciences sociales dans les curriculums (patient-partenaire, éthique) ;
- Montrer les avantages de la collaboration et mettre en avant la complémentarité des disciplines pour faire tomber les résistances aux changements.

Ahmed Moussa en est convaincu, la temporalité de la transversalité est un investissement nécessaire et utile par la mise en place d'interactions plus efficaces au profit du patient, dont l'amélioration de la prise en charge doit rester le cœur des objectifs.

- **Table-ronde présidée par Benoît Allenet, Professeur de Pharmacie clinique à l'Université Grenoble-Alpes, et Marc Braun, Doyen de la faculté de médecine de Nancy, Université de Lorraine**

Intervenants :

Morgan Caillault, Président de l'ISNAR IMG

Morgane Gode-Henric, Présidente de l'ANEMF

Cécile Goi, Vice-Présidente de l'Université de Tours

Evan Gouy, Chargé de mission formation, réseau et numérique ISNI

Olivier Palombi, Vice-Président de l'UNESS, Président d'Uness International

François-René Pruvot, Président de la Conférence des Présidents de CME des CHU

Benoît Vallet, Ancien Directeur Général de la Santé

Pour Benoît Vallet, la notion de pluridisciplinarité s'étend à des perspectives plus larges que celles évoquées jusqu'à présent. En effet, un décloisonnement plus profond, au-delà disciplines des professions de santé entre-elles, reste à effectuer en lien avec les déterminants de la santé, telle que celle-ci est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé. Par exemple, la crise sanitaire a su particulièrement révéler la nécessité d'allier les secteurs urbains et économiques aux sciences humaines et sociales autour de sujets de santé. La création d'une spécialité orientée sur la santé dans les parcours de sciences politiques constitue un premier pas dans cette orientation, permettant aux professionnels d'acquérir des compétences transversales à l'interstice de champs disciplinaires des politiques publiques et de la santé pour assurer un rôle d'interface indispensables au sein des Agences Régionales de Santé, des Agences internationales, ou bien des Ministères.

Pour François-René Pruvot l'interdisciplinarité est une évidence, et non une question, puisque les centres hospitaliers constituent un véritable *melting pot* de professionnels de santé - en référence à Michel Rocard - qui travaillent en interdisciplinarité tout au long du parcours patient et aussi dans la recherche. Aussi, le rapport Pruvot-Couraud fait déjà valoir la prééminence des compétences sur les connaissances au sein de la réforme du 3ème cycle des études médicales.

Pourtant Olivier Palombi estime qu'une véritable organisation physique et numérique doit se mettre en place, au-delà des textes, comme cela se produit de façon opérationnelle à Grenoble par la création d'un institut de formation de profession de santé avec des équipes pédagogiques pluridisciplinaires. Des espaces de partage virtuels constituent aussi des éléments importants à construire.

Cécile Goi souhaite que la réforme de l'accès au premier cycle des études en santé soit l'occasion de changer en profondeur le regard porté sur la formation des futurs professionnels de santé en introduisant la pluridisciplinarité comme une ouverture du recrutement académique à la première année et une ouverture dans le parcours de formation à l'échelle individuelle. En revanche, cela implique que cet effort soit poursuivi en deuxième et troisième année pour que les changements de représentations, de culture, perdurent.

Evan Gouy identifie la mutualisation des formations entre les disciplines comme une réelle opportunité de renforcer l'interdisciplinarité. Il s'agit d'une véritable occasion manquée lorsque le regroupement de filières sur un même site universitaire n'est pas exploité en ce sens. Rejoignant Ahmed Moussa sur la nécessité de lever les

barrières de hiérarchie entre les disciplines, il propose la mise en place de cours en médecine dispensés par les sages-femmes. Aussi, les différents axes d'enseignement du contrat de formation des Diplômes d'Etudes spécialisées médicales que sont « *les soins, la recherche, l'enseignement et le management* » impliquent une transversalité, flexibilité et une mutualisation. Evan Gouy, précise également qu'il faut inclure les étudiants dans des structures d'innovation pédagogiques.

Selon Jeanne Dupont-Deguine, l'interdisciplinarité doit être une exigence et une ambition pour le système de santé de demain, renforçant son efficacité, sa sécurité et sa pertinence. En revanche, les compétences liées à la collaboration interprofessionnelles ne sont pas innées et doivent être enseignées précocement. Trois pistes sont alors envisageables pour développer cet apprentissage :

- Etablir un référentiel de compétences commun pour se connaître les uns les autres ;
- Les mettre en situation par la simulation en interprofessionnalité qui constitue la condition réelle de l'exercice de nos disciplines ;
- Mettre en application cet apprentissage par des mises en situation concrètes telles que le service sanitaire.

Jeanne Dupont-Deguine insiste sur le fait que les compétences transversales ne sont pas exclusivement des compétences techniques mais qu'elles intègrent aussi les compétences relationnelles, la capacité de faire face à l'incertitude et au doute, la communication.

Morgan Caillault rejoint les autres intervenants sur l'opportunité que représente la mutualisation des enseignements dans les formations pour instaurer un socle de compétences communes au service du patient :

- Si l'interprofessionnalité existe au sein des centres hospitaliers, la coordination est le pivot du métier de médecin généraliste et du monde ambulatoire. La découverte des multiples structures qui maillent le territoire constitue alors un des enjeux de la coordination et de la transversalité ;
- Les groupes de pratique des étudiants issus de différentes disciplines, différents des groupes professionnels de pairs, sont également cités comme d'autres moyens de mettre en œuvre cette collaboration. En région Centre-Val de Loire, des étudiants sages-femmes et médecins sont regroupés pour travailler sur des problématiques de santé de la femme ; ouvrant la voie à un changement de paradigme autour de la prise en charge globale des patients ;
- Ce changement doit également s'articuler autour de l'implication des usagers en tant que véritables « patients-partenaires » et être centré sur la collaboration et la transversalité dans une approche bio-médico-psycho-sociale de la santé.

- **Conclusion : « Créons du lien »**

La table ronde se clôture sur un résumé des enjeux de la transversalité par la nécessité d'appréhender la manière dont chacun doit apprendre à collaborer avec les autres professionnels aux limites de son périmètre, le tout au service du patient.

Si les termes « interdisciplinarité », « transversalité », « transdisciplinarité » ont été illustrés dans les différents propos des intervenants, quelle que soit la signification donnée à chacun de ces concepts, un prisme commun ressort de cette séance : il s'agit de la nécessité pour l'avenir de créer du lien entre les professionnels de santé et entre les professionnels de santé et l'extérieur, vers les usagers comme vers d'autres disciplines. Une culture commune doit s'implanter pour en faire la norme de l'exercice professionnelle de demain. Le passage du curatif au préventif est un des enjeux de cette collaboration de même que la prise en charge du patient dans sa globalité, au meilleur de nos capacités.

Conclusion

Aline-Marie Florence

La conclusion est faite par les représentants des syndicats et associations étudiantes :

Morgan Caillault, InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-MG)

Adrien Cazes, Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France (ANEPF)

Morgane Gode-Henric, Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF)

Ewen Le Drast, Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire (UNECD)

Fanny Toussaint, Association Nationale des Étudiants Sage-Femme (ANESF)

Pour Ewen Le Drast, une des conclusions principales à donner à cette journée est la volonté de travailler ensemble. Il s'agit du début d'une refonte totale des études où la remise en question sera essentielle pour s'adapter aux enjeux futurs. Un autre point majeur est la place prépondérante de l'inter-professionnalité qui sera la norme de l'exercice de demain. Enfin, il est primordial pour lui de prendre le tournant du préventif et de lui laisser plus de place par rapport au curatif.

Adrien Cazes évoque quant à lui l'importance d'une formation en santé publique et en prévention dès le premier cycle, accessible à l'ensemble des filières santé. Une place toute particulière au numérique doit être faite dans cette formation afin d'en développer et d'en faciliter l'usage.

Fanny Toussaint rebondit sur l'enjeu de la recherche pour la Santé Publique mais également pour la maïeutique pour qui une porte s'est ouverte via l'intégration au CNU.

Morgane Gode-Henric rappelle qu'il s'agit également aujourd'hui de faire des patients des acteurs de leur santé et de resserrer les liens entre la ville et l'hôpital. Pour elle, il faut également laisser la place aux étudiants pour concrétiser leurs ambitions par des moyens humains et financiers.

Enfin Morgan Caillault évoque l'importance d'évoquer davantage l'ambulatoire dans l'avenir et notamment d'y allouer des moyens de recherche.

Patrice Diot conclut en remerciant les étudiants pour leur présence. Il précise que grâce au distanciel, beaucoup plus de participants qu'attendu ont pu suivre les échanges via la retransmission en direct. Il évoque également le temps pris par les Ministres dont les discours ont été riches en annonces. Les semaines et mois à venir seront consacrés à s'assurer du suivi de ces échanges.