

# Bernard Charpentier

## AIHP 1972

PU-PH, Néphrologue et Immunologiste  
Chef de service, hôpital de Bicêtre  
Président de la Conférence des Doyens de CHU

**B**ernard Charpentier, enfant de l'école de la République né d'une famille briaarde sans composante médicale avant vous, vous vous êtes formé à la néphrologie et à l'immunologie chez Jean Hamburger, Marcel Legrain et Jean-François Bach. Vous n'aviez pas hésité à casser votre internat en deux moitiés pour vous perfectionner à Harvard et à McGill. A 61 ans, vous êtes **Président de la Conférence des Doyens de CHU** et, à ce titre, que la loi du 10 août 2007, votée durant l'été pour promouvoir l'autonomie des Universités comme l'avait promis le nouveau Président de la République, Nicolas Sarkozy, vous inspire-telle ?

Nous sommes, nous les Doyens, pour une réforme de l'Université en particulier dans les secteurs qui ne marchent pas, et il y en a beaucoup dans l'Université... Ce n'est pas l'autonomie des Universités qui est le point majeur du débat mais ce qui touche les Facultés de Médecine et le pouvoir exorbitant du Président (de l'université). Le problème de l'Université française n'est pas un problème de gouvernance, c'est un problème de schizophrénie avec le système prépa/Grandes Ecoles vs l'Université, le financement de l'Université, la sélection et la professionnalisation. Il y a 85 Universités et 2000 écoles diplômantes en France, c'est beaucoup trop. Toutes n'ont pas d'UFR (unités de formation et de recherche). A Paris-Ile-de-France, il y a treize Universités mais le nombre de CHU est passé de onze à sept en 2000, soit un par université à composante médicale. Seules les Universités des villes de Bordeaux, Toulouse et Lyon possèdent plusieurs Facultés de Médecine ainsi y a-t-il quatre doyens à Lyon. Les autres villes universitaires n'ont qu'un seul CHU. La mission des Doyens était auparavant réglée par l'article 32 de la loi Savary de 1984 qui leur donnait une relative spécificité face aux Présidents de l'Université dont ils dépendent, liée au statut bi-appartenant des personnels hospitalo-universitaires (PU-PH, MCU-PH, CCA qui sont la force humaine sur laquelle s'appuie les doyens de CHU). Je remarque d'ailleurs que la Loi du 10 Août 2007 n'a absolument pas touché les articles 33 (BAC + 2, les IUT) et les articles 34 (Grands Etablissements)... Pourquoi cette différence de traitement ? Cet article a été remplacé dans la loi du 10 Août 2007 par l'article 12 qui fait du

Président de l'Université, investi de tous les pouvoirs régaliens de gestion, le supérieur incontournable du Doyen qui ne peut plus ordonner une dépense de droit, mais par délégation et, in fine, par le visa de son Président pour dépenser même un seul euro. Les emplois HU n'étant plus affectés à la Faculté mais à l'Université, rien n'empêche qu'ils soient négociés en bloc au cours de la rédaction du contrat quadriennal de l'Université, soit tous les 4 ans, même s'ils ne sont apparemment pas « poolables » avec ceux d'autres disciplines. Enfin, est-ce que le droit de veto du Président s'applique à ces emplois ? Qui affecte les candidats sur les postes ? La commission de recrutement "ad hoc" de l'Université, s'occupera-t-elle aussi des recrutements en Médecine ?

Durant cet été pourri 2007, n'auriez-vous pas été sensible à la publication dans *Le Monde* de lettres louangeuses envers cette réforme de l'université, signées l'une d'un groupe de PU-PH de Paris 5, l'autre de René Frydman, qui est de votre CHU ?

Nous allons célébrer le Jubilé de la réforme Debré de 1958, inspirée par Jean Dausset, Pierre Royer et le club des Treize. Relisez bien le texte qui fait moins de trois pages imprimées. Il n'y aucune ambiguïté tant sur la définition de la triple mission soins-enseignement-recherche des hospitalo-universitaires plein-temps que celle de son insertion dans la notion d'équipe et de collégialité. Contrairement à ce qu'a exprimé Frydman dans *Le Monde*, il n'a jamais été ordonné que les triples obligations se fassent à raison de trois tiers de temps strictement égaux en temps réel à un moment donné. Cette triple mission doit s'étaler sur toute une vie avec, selon les circonstances, une prééminence d'une ou deux obligations pendant une durée contractuelle. La clinique est chronophage, l'enseignement peut être formel en amphithéâtre ou socratique au lit du malade, la recherche est différemment prenante et gratifiante selon qu'on s'investit dans un projet court de recherche fondamentale, ou dans un projet plus long de recherche clinique. Par exemple, un HU pourrait être, pendant un temps donné, dégagé de la clinique et/ou de l'enseignement et/ou de la recherche. Mais qu'on ne vienne pas faire le procès de la réforme Debré dont certains n'ont même pas lu le texte avant de

pondre un article dessus dans la grande presse : elle a fait de la médecine française du demi-siècle une entité plus que respectable. J'ai suffisamment vu comment les médecins se formaient et la médecine à l'étranger se pratiquait, y compris aux USA, pour ne pas défendre les miens au sein du plein temps hospitalo-universitaire. Tout n'est pas parfait chez nous, loin de là, mais il faudrait que les réformes jouent leurs vrais rôles. Il faut arrêter de réformer ce qui va bien tout seul et qui va, de ce fait, aller moins bien voire mal, et s'attaquer d'abord à ce qui ne va pas. Or, beaucoup trop souvent, c'est l'inverse qui se produit.

Le Directeur Général de l'AP-HP, Benoît Leclercq, s'exprimant dans ce dossier, s'estime heureux de l'autonomie des Universités et de la création des GHU. Une fois encore, pourquoi pas vous qui êtes depuis dix ans le Doyen d'un CHU estimé de bonne facture eu égard aux résultats globaux de vos étudiants ?

J'ai beaucoup d'estime pour Benoît Leclercq dont le parcours est édifiant et la compétence professionnelle reconnue par tous et je suis persuadé que Benoît Leclercq veut absolument que l'AP-HP reste une des meilleures plate formes hospitalo-universitaires en Europe, actuellement juste après le grand Londres. Mais regardez bien le périmètre des quatre GHU, pure création de l'AP-HP : aucun ne recoupe exactement les territoires universitaires de l'Ile-de-France dotés de CHU, la Science ne connaît pas de frontières... Quant aux P.R.E.S. (Pôles de Recherches de l'Enseignement Supérieur), ils ignorent tout de la dimension hospitalo-universitaire et en particulier du parc hospitalier... D'autre part, la dotation hospitalo-universitaire des GHU n'a rien à voir avec le nombre de lits, le bassin de population, l'activité de recherche etc... A l'AP-HP, sur 1300 PU-PH, 980 sont intra-muros pour moins de 2 millions d'habitants et le reste pour 10 ou 11 millions. Le GHU sud (P11 et P12) a 180 PU-PH, le GHU ouest plus de 400... !

La France se résumerait-elle à Paris et l'Ile-de-France ?

L'avenir national est dans l'interrégionalité. Par exemple, Lille, Amiens, Caen et Rouen (le G4) ont réussi à s'entendre sur un projet hospitalo-universitaire commun qui s'appuie sur un bassin

de population de plusieurs millions d'habitants vivant dans un carré géographique bien ciblé. L'Île-de-France avec un Paris intra muros surplombant va se trouver dans un état. D'un côté, des Universités de prestige qui sont légitimement obsédées par la classification de Shanghai, donc de l'impact factor de leurs publications, de l'autre, des hôpitaux dont le directeur est, lui, obsédé par l'activité et la T2A. En ce qui concerne la banlieue, j'ai par exemple succédé à René Caquet et à Jean Dormont à la Faculté de Médecine Paris Sud 11 qui possède 6 IFR et 50 unités de recherche labellisées au contrat quadriennal et la chance d'avoir le synchrotron Soleil en plein milieu avec plusieurs raies lumineuses exclusivement consacrées à la biologie. Ma Faculté est donc "riche" en chercheurs et "pauvre" en hospitalo-universitaires.

Qu'attendez-vous du conseiller de madame la Ministre Valérie Pécresse, Pierre-Louis Fagniez (AIHP 1966), votre collègue PU-PH du CHU Henri Mondor, donc de votre GHU Sud ?

Le rôle d'un conseiller est multiple, tant sur le plan des tâches que par les responsabilités. Pierre Louis Fagniez est parfaitement taillé pour cela, avec une expérience très importante hospitalo-universitaire et aussi une très grande expérience politique. Bien entendu il assure aussi l'interface du monde hospitalo-universitaire et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Mais il peut y avoir un intérêt contradictoire entre les deux ; c'est dans l'action commune pour le système universitaire que nous arriverons à faire encore progresser l'enseignement, la recherche et les soins. Pierre Louis Fagniez a été un Député très actif du Val de Marne et il connaît parfaitement bien les limites de l'action politique et la puissance de "la base", c'est à dire les 220 000 médecins en France dont 7 000 hospitalo-universitaires et les 7600 PH intra-CHU, tous associés pour la prise en charge de l'enseignement et de la recherche dans le CHU.

Comment le Doyen chevronné que vous êtes voit-il le corps des étudiants en médecine évoluer pour qu'une incitation à la recherche les remotive efficacement ?

Le plus grave problème actuel à résoudre par les Doyens concerne les résultats du PCEM-1. On exige des étudiants un énorme travail qui situe la préparation au niveau "math sup-math sp<sup>2</sup>". La sélection en P2 est une épreuve à double tranchant. D'une part, elle élimine des étudiants de grande valeur : bac S avec mention et 14/20 de moyenne au concours ! Ce n'est pas rare et vous vous rendez compte du gâchis, de l'énergie dépensée à fond perdu, de la déception; il y aura certes moins de déchet avec l'élargissement du numerus clausus, mais cela ne règlera pas tout ce problème. D'autre part, parce qu'il n'y a pas d'épreuves orales au concours de P1 qui permettraient de les dépister à temps, on ne sait pas quoi faire des étudiants reçus se révélant incapables d'assumer une fonction de médecin qui les terrorise. Une fois admis dans le système, plus rien ne peut les arrêter jusqu'à leur inscription au Conseil de l'Ordre ! Je suis donc favorable à l'introduction bien faite et bien réfléchie d'un système LMD souple intégrant d'autres professions de santé et à la

création d'un master-pro de fin de 2<sup>ème</sup> cycle qui leur donnerait une compétence mais dénuée du droit de prescription médicale. Enfin il faut favoriser les expériences de recherche (stages, certificats) pour que les étudiants en général soient incités à la recherche et que d'autres se lancent dans une thèse d'Université en Sciences pour tenter une carrière de chercheur ou de HU.

C'était mieux de votre temps ?

Ce n'est pas comme cela qu'il faut aborder le problème de l'avenir des étudiants en médecine. Les étudiants ne sont ni pires ni meilleurs que naguère ou jadis et cela ne changera pas; ils ont seulement de plus en plus de matières à ingurgiter; ils doivent donc travailler d'autant plus. Nombre d'étudiants ne connaissent pas grand chose sinon rien de la façon dont on construit un parcours de médecin, qu'il soit libéral ou public. Ils ne savent pas situer avec précision quand et comment ils doivent se tester à temps et s'investir pour réaliser un cursus de chercheur qui pourrait, pourquoi pas? les conduire jusqu'à une carrière de PU-PH. Je suis pour le tutorat des DCEM par les aînés, pour l'incitation à tenter au moins une fois une expérience de recherche en laboratoire, mais aussi pour une tolérance 0 vis-à-vis de l'absentéisme lors des stages hospitaliers : je n'accepte aucun absentéisme et je déplore que les étudiants soient de plus en plus réticents voire hostiles à l'idée de prendre des gardes.

L'examen national classant a remplacé le cher bon vieil internat. Bon débarras

J'ai tiré un très grand bonheur à être nommé au concours de l'internat des hôpitaux de Paris. Mais ce système faisait des "in" et des "out". Ce n'est pas grave quand c'est un concours pour entrer dans une grande école qui enseignera un métier de vendeur de savonnettes, c'est beaucoup plus grave quand il s'agit de futurs professionnels qui s'occupent de la vie et de la mort des gens. Cet ECN n'a rien changé en matière de méritocratie, les bons restent les bons, mais les moins bons ont une formation adéquate et non plus par défaut. Il faut savoir que les Doyens préféreraient un examen inter-régional classant, seule l'inter-région connaît ses besoins médicaux... Mais au mieux les Facultés peuvent parfaitement classer par percentiles tous les étudiants en fin de 2<sup>ème</sup> cycle, ils sont notés pendant 6 ans et on revaloriserait les stages, on éviterait le bachotage du D4 et le coût de l'ECN qui est très important... sans parler du couperet du classement se faisant en 2 jours pour une vie...

Un Américain de ma connaissance recommandait volontiers "You should waiste a little bit of time !". Rien ne sert de courir, il faut partir à point ?

J'insiste une nouvelle fois sur l'évidence regrettamment trop peu connue que les étudiants en médecine ne doivent s'illusionner ni sur la longueur du cursus médical ni sur la difficulté du métier de médecins ni sur les sinécures ad perpetuum, n'en déplaise à leur soif de "qualité de vie". Notre discipline et ses variantes tiennent de la course de fond dans laquelle les sprints ne sont des avatars bénéfiques que quand ils sont déclenchés en temps utile.

Rejoindriez-vous Pasteur et son fameux aphorisme que tout écolier américain apprend à la high-school : "La chance sourit aux esprits bien préparés ?"

Je répondrai indirectement à votre question en rappelant comment j'ai pu réussir le parcours d'après l'internat en travaillant sans me ruiner la santé. J'exprime là ma reconnaissance au Fonds d'Etudes et de recherche du corps médical hospitalier. Alors CR2 ou Chef de clinique, j'ai bénéficié pendant plusieurs années d'une bourse Auquier, comme on les appelait alors. Cela m'a permis de faire moins de gardes de réanimation, alors principal moyen de gagner sa vie honorablement malgré nos salaires de misère. Je ne peux oublier que travailler à la paillasse après une nuit sans sommeil, c'était commettre des erreurs de vigilance ou des gestes malheureux qui pouvaient mettre par terre une manipulation minutieuse. Autre reconnaissance à exprimer cette fois-ci à l'égard de la DGRST (Délégation à la Recherche Scientifique et Technique) maintenant disparue: alors que j'allais ouvrir à l'hôpital Paul Brousse un laboratoire à partir de rien, j'ai reçu deux financements successifs de 300 KF qui m'ont permis d'acquérir du matériel d'investigation essentiel au démarrage de recherches originales. Bien préparé, oui, quand on a été bien formé, quand on s'est bien formé, quand on s'est conformé à la rigueur scientifique et aux frustrations qu'elle impose à son confort, quand, en fin de compte, on est bien informé, cela revient en rengaine sur la crise de la recherche scientifique. Il n'y a pas de vocation de Doyen, seulement d'aider à l'organisation du système hospitalo-universitaire qui se défait et se refait tout le temps... véritable travail de Pénélope et surtout de participer au renouvellement des générations médicales futures. Ce qui m'a le plus surpris en médecine, c'est l'explosion exponentielle des connaissances en biologie de santé, beaucoup plus rapide que d'autres disciplines... ceci est vrai pour ma discipline la néphrologie et les fantastiques avancées en matière d'épuration extra-rénale et en transplantation d'organes et dans la prévention des maladies chroniques. Je voudrais rappeler qu'il y a 30 ans la transplantation d'organes bénéficiait de deux immunosuppresseurs et de 40 % d'échecs la première année post-transplantation. Actuellement nous avons 12 ou 13 immunosuppresseurs et 94 % de survie d'allogreffé à 1 an !

Conclusion ?

Cette fantastique avancée médicale peut être résumée par cet aphorisme du Doyen Bernard GUIRAUD-CHAUMEIL, mon prédécesseur à la tête de la Conférence des Doyens de Médecine et qui disait : "...la Médecine a transformé la Société, la Société a transformé la Médecine, les Médecins doivent changer la Médecine...".

Entretien le 31 août 2007

Validé le 4 octobre 2007