

FAILLITE ET CARENCES DE LA RECHERCHE MEDICALE UNIVERSITAIRE

Les centres hospitalo-universitaires français (CHU) sont à bout de souffle. Leur nombre, leur mission, leurs moyens et surtout leur état d'esprit doivent être entièrement revus.

Fondée par la loi Debré de 1958, qui a enfin amené les médecins à plein temps à l'hôpital et donné aux CHU et à eux seuls une triple mission indissociable de soin, d'enseignement et de recherche, elle a assuré la renaissance de la médecine et de la recherche médicale françaises mortes depuis les années 20.

Structures hybrides, universitaires et hospitalières, donc sous deux tutelles en conflit permanent, ils sont hors du champ d'application de la récente loi sur l'autonomie des universités et de la loi hospitalière qui pourrait naître du rapport Larcher.

Les 90 hôpitaux de ces 38 CHU, en passe de se regrouper à 32, représentent 20% des lits et 40% des budgets des 400 grands hôpitaux publics français.

On n'évoquera pas ici les problèmes proprement hospitaliers. C'est la faillite de la recherche de beaucoup de CHU qui nous préoccupe, parce que la modernité, la qualité, le progrès et la sécurité des soins en dépendent.

Qualité des soins, enseignement et recherche sont étroitement liés.

Un enseignement ouvert sur le futur et pas seulement sur le présent, doit apprendre surtout où et comment s'informer activement, seul, pour toute la vie, apprendre à discerner l'essentiel et susciter les questions nouvelles, plutôt que seulement donner des réponses apprises et toutes faites, à des questions qui, très vite, sont des questions d'hier. L'enseignement doit donc privilégier réflexion, critique, dialogue et imagination et ne peut dès lors être confié qu'à des enseignants, qui non seulement ont l'expérience des soins, mais sont engagés parallèlement dans le mouvement rapide de la recherche. Savoir, expérience, désir de transmettre et don pédagogique sont nécessaires, mais l'esprit de recherche peut seul les transcender.

Le lien soins-recherche est plus fort encore. Il n'y a pas de soins innovants et modernes sans participation active des médecins à la recherche. La médecine est une science en mouvement de plus en plus rapide, elle n'est pas une science faite. Les vérités officielles de "la médecine fondée sur les preuves" sont souvent "datées", contestables, parcellaires et

très provisoires. Elles réduisent les risques d'erreur, mais mal comprises, elles risquent de freiner le progrès. Parce qu'il comporte mille lacunes, incertitudes et illusions, l'exercice médical est toujours un pari probabiliste et c'est pour cela même qu'il exige méthode et raisonnement scientifique associant savoir, expérience et imagination, mais toujours encadré par les règles de la logique scientifique, celles qu'on apprend mieux que partout ailleurs dans un laboratoire de recherche. Pas dans les livres.

La prise en charge des malades les plus graves, des maladies émergentes, des maladies rares, et surtout des multipathologies, si fréquentes aujourd'hui à cause du vieillissement, et a fortiori la participation directe aux progrès de la médecine, ne sont optimales que là où la recherche est étroitement associée aux soins, et il en est de même de la mise en œuvre des nouvelles thérapeutiques complexes qui apparaissent désormais chaque jour, nouvelles molécules, nouvelles technologies, thérapies cellulaires, thérapies géniques et bientôt utilisation des cellules souches, embryonnaires ou non. Même les pathologies les plus courantes, accident vasculaire-cérébral, infarctus du myocarde, asthme, épilepsie, Parkinson, sclérose en plaques, hépatites chroniques, ne sont pas traitées partout avec une expérience et une modernité équivalentes. Les malades cancéreux perdent une grande part de leurs chances hors des grands CHU et des 6 ou 8 grands centres de lutte contre le cancer. Les technologies les plus nécessaires, la radiothérapie par exemple, sont très loin d'offrir partout les mêmes performances, la même efficacité et les mêmes sécurités. Pour des accidents graves comme ceux de Toulouse ou d'Epinal, connus de tous, combien, faute de radiophysiciens, d'erreurs sérieuses de la radiothérapie dans les 180 centres de radiothérapie des autres hôpitaux, comme l'indiquent clairement les rapports de l'Autorité de Sécurité Nucléaire et de la Société Française de Radiothérapie Oncologique, avec le risque de sous – ou non – traiter pour éviter les accidents.

De plus en plus, la médecine est à plusieurs vitesses, mais elles sont liées beaucoup plus à la géographie qu'à l'argent, et même parfois dans les grands CHU, les différents services sont très loin d'être également performants. Les patients le sentent. Les médecins le savent. Partout, qualité et sécurité des soins sont liés non seulement à l'expérience et l'engagement des médecins, mais à une attitude combative contre la maladie, un désir de vaincre, à quoi seule la recherche et les espoirs qu'elle suscite, donne les moyens de s'exprimer. Tout médecin qui soigne seulement sur protocole ou selon les habitudes d'hier, sans avoir la volonté d'aller plus loin, de faire mieux, de découvrir de nouvelles voies, non seulement pour ce malade-là, mais, à travers lui, pour les malades futurs, ne peut que compromettre les chances des malades. Se borner à appliquer des protocoles établis hier et ailleurs, concernant des médicaments également inventés ailleurs, car la France n'en invente aucun, c'est ne pas combattre, c'est jouer la tranquillité et la sécurité juridique, mais ce n'est pas donner toutes ses chances au patient, car chacun d'eux est unique, chacun justifie une réflexion particulière et peut être une source de progrès pour tous les autres. L'histoire des percées médicales raconte que c'est souvent de l'observation d'un malade, l'observation

d'une particularité de ce malade, que sont nées soudain, dans des esprits aiguisés, préparés et attentifs, les nouvelles idées, les nouveaux concepts, les nouvelles thérapeutiques, et ceux qui les ont développés se souviennent toujours, toute leur vie, avec émotion, de ces malades-là et du contexte qui a fait naître ces idées nouvelles. Ce n'est pas en ne cherchant pas qu'on trouve.

Or, de ce point de vue, des pans entiers de nos CHU, passifs et routiniers, sont à la dérive, parce qu'ils n'ont pas l'ambition de développer une recherche de qualité sur leur site.

Il y a 3 types de recherche différents, mais interdépendants, qui se recouvrent en partie, mais qu'il est essentiel de distinguer. Pour être simple, les recherches sur la vie, sur les maladies et sur les malades.

La recherche biologique fondamentale, dont procède toutes les autres, concerne les processus de la vie normale de toutes les espèces vivantes. Une grande part des plus grands progrès de la médecine sont venus de façon complètement inattendue de ces recherches sur les bactéries, les invertébrés ou même les plantes. Les découvertes ne se programment pas, sinon ce ne serait pas des découvertes, mais de simples applications. La question est ici de savoir ce qu'est la vie, le développement, la reproduction, le vieillissement et la mort. Cette recherche-là est l'apanage du CNRS, de l'Institut Pasteur, du CEA et de quelques grands instituts de biologie, tels Strasbourg ou Curie.

La recherche biomédicale, sur les maladies, c'est-à-dire sur les mécanismes, les diagnostics et les nouveaux traitements de la vie pathologique, procède de la précédente, mais vise à des applications plus directes et immédiates au service des patients. Elle est l'apanage, en étroite symbiose, des CHU et des unités de recherche de l'INSERM, plus que du CNRS, qui s'y sont implantées, là et seulement là, où les médecins hospitalo-universitaires ont désiré, voulu et su les y attirer ou les créer et là, où ils participent à leur activité et souvent les dirigent. Là où les universitaires n'ont pas voulu et su réussir cette greffe entre médecins et chercheurs, ce type de recherche essentielle et de vocation internationale n'a eu aucune chance de se développer.

Le troisième type de recherche, souvent appelé recherche clinique, est essentiel pour les malades, mais il relève plus souvent de l'évaluation que de l'invention des nouvelles thérapeutiques et des nouveaux procédés diagnostiques technologiques. Recherche appliquée, mais indispensable, austère et difficile, elle peut et donc devrait être menée partout, par tous les hospitalo-universitaires, qui devraient savoir se plier, dans le cadre de la logique scientifique, aux règles exigeantes de ces procédures d'évaluation, le plus souvent collaboratives et même internationales. Hormis en hématologie et hépatologie, et à un moindre degré en cancérologie, cardiologie et rhumatologie, la France n'y brille pas. Nous sommes donc loin du compte.

La recherche s'évalue par le nombre et la qualité des publications scientifiques et par les brevets et leurs applications commerciales. Dans ces domaines, beaucoup de nos CHU

sont inexistantes. L'enquête récente de l'Institut Necker le démontre. Il s'agit d'information, pas d'opinion. Elle a porté sur 40.000 publications de 2000 à 2006, dans 2.000 journaux internationaux, de nos 5.500 professeurs et maîtres de conférence hospitalo-universitaires et des 1.850 chercheurs des 350 unités INSERM et CNRS implantées dans ces CHU.

Pour éviter toute critique, tous les indicateurs ont été utilisés, nombre d'articles, citations et impact des journaux, dont la valeur dépend directement du nombre de fois où les articles qu'ils publient sont cités par la communauté des chercheurs. Un travail scientifique n'a en effet de sens que s'il est utilisé et cité en référence à l'appui d'autres travaux. Il y a seulement 2.000 journaux dont les articles sont cités, en moyenne, au moins une fois, mais 1.500 le sont moins de 2 ou 3 fois, 400 plus de 3 fois, 200 plus de 5 fois, et, crème de la crème, 50 plus de 10 fois et finalement, seulement 10 journaux dont les articles soient souvent cités plus de 20 fois et jusqu'à 100, 1.000 ou 2.000 fois.

L'enquête de l'Institut Necker a donc analysé la production des CHU à 3 niveaux : niveau de base des publications dans 2.000 journaux et 2 niveaux d'excellence dans les 100 et 10 meilleurs journaux, à vrai dire les seuls qui comptent vraiment sur le plan international.

Elle révèle l'extraordinaire disparité d'un CHU à l'autre. Paysage extraordinairement contrasté. Le meilleur et le pire.

Avec seulement 38% des chercheurs universitaires INSERM et CNRS, et malgré 2 facultés marginales, qui n'ont guère de raison de se pérenniser (Paris-Ouest et Bobigny), Paris produit 50% des articles, 57% de ceux qui paraissent dans les 100 meilleurs journaux, 73% de ceux que publient les 10 meilleurs et regroupe les deux tiers des 128 chercheurs d'élite des CHU, classés dans une enquête Necker à paraître. Des performances qui, selon les indicateurs, sont doubles, triples ou quadruples de celles de la province démontrant que la concentration est un facteur majeur du succès.

Le tableau très simplifié ci-dessus donne pour les 32 CHU répartis en 4 groupes, 2 index quantitatifs (nombre des chercheurs et impact global des publications) et 2 index qualitatifs exprimés par chercheur, de façon à éliminer le facteur taille des CHU (pour faciliter les comparaisons, ces indicateurs sont exprimés en valeur rapportée à celle des CHU les moins performants).

Les 32 CHU sont rangés en 4 groupes A, B, C, D, assez homogènes en leur sein, mais extraordinairement inégaux entre eux.

L'Université Paris 5 (où Necker devance très largement Cochin et l'HEGP) est de loin le premier CHU de France, avec 15 fois plus de chercheurs que les derniers CHU, il est 100 fois supérieur à eux, en terme d'impact global de ces publications, ce qui tient non seulement à sa taille, mais plus encore à la qualité de ses chercheurs, universitaires ou INSERM. Son impact par chercheur est en effet globalement 8 fois plus élevé et 25 fois plus en terme d'excellence (appréciée selon un indicateur synthétique, la moyenne géométrique

des 4 indicateurs individuels d'excellence que sont les publications dans les 10 et les 100 meilleurs journaux, le nombre de citations et le nombre de chercheurs d'élite, 4 index dont les valeurs individuelles sont respectivement 8, 30, 140 et 260 fois celles du dernier CHU !).

Suivent les CHU des Universités Paris 6 et 7, qui forment avec Paris 5 le groupe A. Ensemble, ces 3 universités parisiennes représentent 20% des hospitalo-universitaires, 40% des chercheurs INSERM ou CNRS qui y sont implantées, 45% du Facteur d'impact total, 60% des publications d'excellence, donc plus de la moitié du potentiel national et, selon les indicateurs qualitatifs d'excellence, 2 à 4 fois le groupe B, 3 à 20 fois le groupe C, 20 à 200 fois le groupe D. Dans aucun pays du monde n'existent de telles disparités.

Le groupe B réunit 8 CHU encore de grande qualité, avec 30% des effectifs et 35 à 45% des publications scientifiques, Lyon, Lille, Marseille, Créteil, Toulouse, Paris 11, et 2 CHU plus petits qui se hissent à ce niveau, Nantes et Nice. Très loin derrière, les 10 CHU du groupe C, avec 25% des effectifs, mais seulement 10 à 15% de la production scientifique, avec des performances relatives par chercheur plusieurs fois inférieures à celle des groupes A et B et seulement 2 à 5 fois supérieures à celles du groupe D, alors même qu'on y trouve de très grandes facultés de très grandes villes, telles Strasbourg, Bordeaux, Montpellier, Grenoble ou Rennes, dont plusieurs sont pourtant au premier rang de la recherche biologique, mais hors des CHU, telles Strasbourg, au tout premier rang, et à un moindre degré Montpellier et Grenoble.

Le groupe D ferme la marche, très loin derrière les autres, avec tous les petits CHU des villes moyennes, Besançon, Caen, Reims, Brest, St-Etienne, Limoges, Poitiers et Amiens, qui n'ont à l'évidence pas le niveau requis et dont l'existence en tant que facultés de médecine autonomes est plus que contestable. Dans ce groupe de queue se trouvent aussi reléguées 3 grandes villes, 3 grands CHU, Nancy, Tours et Clermont, qui relèvent véritablement de la réanimation, mais semblent ne pas en avoir pris la mesure car la situation n'est pas nouvelle.

Ces données brutes méritent 5 commentaires.

En premier lieu, la domination des grandes facultés parisiennes est également illustrée par la liste des 25 équipes, dont les meilleurs articles ont été cités plus de 400 fois, ce qui les classe dans le Top 3% des articles les plus cités dans le monde, et qui toutes appartiennent au groupe A ou B, dont 17 parisiennes, 9 de Paris 5 et 8 de Necker. Même chose pour la liste de 33 auteurs ayant publié de 2 à 8 fois dans les 10 meilleurs journaux du monde, dont 26 sont parisiens, 22 de Paris 5 et 19 sur 33 de Necker (58%).

Second commentaire, ces disparités sont spécifiquement françaises et ne se retrouvent à ce degré dans aucun grand pays. L'enquête du Higher Education Founding Council indique

que pour les 22 "CHU", Oxford, Cambridge et les 5 facultés de Londres sont clairement au premier rang, mais les écarts ne sont, au plus, que de 1 à 2, avec les derniers. Toutes les facultés britanniques seraient classées dans les 2 premiers groupes français. De même, l'analyse que nous avons donnée en 2007 des 125 facultés américaines ne montre pas non plus de si grandes différences que les nôtres. Certes, 50 facultés dans 25 villes, essentiellement des côtes est et ouest, du Texas et du centre Nord, regroupent 70% des publications d'excellence, mais les facultés plus petites restent du niveau de nos facultés du groupe B. Et c'est encore la même situation pour les 26 grandes facultés allemandes, dont nous avons également analysé les publications dans les meilleurs journaux en 2007.

Troisième commentaire, le classement donné ici concerne les seuls CHU, alors que plus de 50% de la production scientifique des sciences du vivant vient des grandes structures extra-universitaires, grands instituts de biologie (Pasteur, Strasbourg ou Marseille), grands centres anti-cancéreux (Curie, I. Gustave Roussy, Institut Paoli-Calmettes de Marseille, Institut Léon Bérard de Lyon), Ecole Normale Supérieure de Paris et Lyon, grands centres CNRS, et celui de Gif au premier rang, et CEA à Orsay, Grenoble et Cadarache. Le classement global incluant ces grands centres, que nous avons donné en 2007 est donc sensiblement différent de celui des seuls CHU, avec toujours Paris de très loin en tête, suivi, par Strasbourg et Marseille, puis à distance, Lyon et Montpellier, plus loin Lille, Grenoble, Nice et Nantes, et enfin, très loin derrière, à peine visibles, toutes les autres villes.

Quatrième commentaire, il y a d'excellentes équipes partout, même dans les plus petits CHU et, dans le contexte, leur mérite est particulièrement grand, ce qui montre que tout est possible quand on le veut vraiment. Citons par exemple, dans ces CHU des groupes C et D, les équipes d'O. Boespflug à Clermont, M. Cogne à Limoges, C. Cuguen-Guillouzo et J.C. Daubert à Rennes, F. Estève à Caen, C. Ferec à Brest, C. Garrido et E. Solary à Dijon, S. Gibot à Nancy, P. Tiberghien à Besançon, L. Vico à St-Etienne, I. Ville à Poissy, etc.

Cinquième commentaire, même si elles sont l'essentiel, les publications scientifiques ne résument pas tous les aspects de la recherche, en particulier dans le champ de la "médecine d'action", chirurgie, réanimation, etc., comme l'illustrent de brillantes percées, par exemple la neuroradiologie interventionnelle développée par P. Lasjaunisse à Bicêtre, les greffes de la face de B. Devauchelle, J.M. Dubernard et L. Lantieri, dans la filiation directe de Paul Teissier, ou les transplantations hépatiques (H. Bismuth, J. Belghiti, D. Cherqui, etc.) qui, tout en étant publiées dans de bons journaux, n'apparaissent pas au premier rang des classements bibliométriques. On pourrait en dire autant d'autres avancées remarquables dont l'importance dépasse clairement la vision qu'en donne l'analyse des seules publications. C'est par exemple le cas de la stimulation bilatérale hypothalamique de Benabid et Pollak à Grenoble, des tentatives de thérapie génique de M. Peschanski ou M. Pucéat à Evry, de P. Aubourg à Paris 5, de vaccination contre le VIH de J.M. Andrieu, etc.,

qui n'atteignent pas encore les performances publicationnelles d'A. Fischer, E. Gluckmann, G. Simonneau ou P. Menasché.

Pourquoi un tel succès de Paris et de quelques grandes villes?

Avant tout parce que ces grands CHU ont voulu et su attirer les chercheurs de l'INSERM et du CNRS sur leur campus, ce que n'ont pas voulu ou su faire la moitié au moins des CHU. Il y a un parallélisme frappant entre le nombre de chercheurs de ces instituts, dont plus des trois-quarts sont installés dans les CHU des groupes A et B et presque aucun dans le groupe D. Ces unités relèvent cependant au moins autant de l'université que de l'INSERM, car elles y sont physiquement implantées, car les universitaires représentent plus de la moitié de leur effectif et car ils en ont obtenu la création sur leur réputation de chercheur et en dirigent eux-mêmes la moitié (168 sur 340).

Question plus cruciale encore, quelles sont les raisons de l'échec de plus de la moitié de nos CHU ? Quatre au moins : dispersion, formation, sélection et état d'esprit.

Dispersion géographique et multiplication des tutelles administratives : nous avons 38 CHU (bientôt 32 par fusion) contre 22 en Angleterre, 26 en Allemagne, 125 aux Etats-Unis, avec 5 à Londres, 7 à New York, 3 à Berlin, mais 7 à Paris (11 il y a 2 ans), 4 à Lyon, 3 à Bordeaux, 2 à Toulouse, etc.

Cette multiplication des CHU est la conséquence directe d'une politique d'aménagement du territoire qui, plutôt que de développer les atouts de chaque région et de s'occuper de la place de la France en Europe, et non pas de celle du Poitou ou du Limousin en France, a, 30 années durant, visé à l'uniformisation, en dispersant nos forces au détriment de Paris et des grandes villes. Cela n'a pas été vrai seulement pour les CHU proprement dits, mais pour la recherche, dont, longtemps, les unités n'étaient pas créées sur la seule valeur des candidats, mais par quotas régionaux, recalant les meilleurs à Paris et promouvant de moins bons ailleurs, de telle sorte que la masse critique de cerveaux et de moyens techniques n'a été atteinte presque nulle part, hors Paris, Strasbourg, Marseille et Lyon. A vouloir fertiliser le désert avec un verre d'eau, nous n'avons pas joué nos atouts. Nous les avons compromis.

La recherche d'aujourd'hui est devenue une "big science", exigeant des moyens techniques très lourds et partout indispensable, car, si au niveau de l'imagination, la recherche demeure une démarche individuelle, au niveau de l'exécution, elle est de plus en plus technologique et multicollaborative et elle nécessite des contacts, des coopérations, des échanges, qui ont été empêchés presque partout par cette politique de saupoudrage. De petits centres n'ont plus aucun sens aujourd'hui. Nous devons être lucides et constater que nous n'avons ni les moyens financiers, ni surtout les ressources humaines qualifiées, pour développer de grands centres de recherche dans plus de 10 grandes villes. Sauf sur quelques points relevant de particularités locales, mer, forêt, etc., la recherche n'a rien à faire dans certaines

villes, Amiens, Caen, Brest, Besançon, St-Etienne, Poitiers, Reims ou Limoges, pas plus que la plage à Paris. Nous nous sommes là, comme souvent, bercés d'illusions égalitaristes, qui n'ont rien à faire dans le domaine de la recherche, qui par nature est une dure compétition, où seuls comptent l'excellence.

Seconde raison de la situation actuelle, la médiocre qualité de la formation scientifique de nos médecins, bien plus mauvaise qu'il y a 30 ans. A l'époque, les 10 ou 20% d'étudiants qui visaient une carrière universitaire ou de recherche, menaient dès le premier jour, dans l'enthousiasme, par volonté et non par obligation, deux cursus parallèles de médecine et de science, dont ils acquéraient les bases générales et fondamentales en faculté de sciences. Aujourd'hui, nos étudiants subissent tous, passivement, par obligation, les deux premières années, un enseignement pseudo-scientifique destiné plus à les sélectionner qu'à les former, et qui loin de leur ouvrir l'esprit sur les bases et les démarches scientifiques générales, les confinent, toutes fenêtres fermées, à l'apprentissage mémoriel, par le petit bout de la lorgnette, de mini-recettes scientifiques ponctuelles et vite périmées, appliquées aujourd'hui et surtout hier, à l'exercice médical.

Doyen 12 ans de la plus grande faculté de France, je sais de quoi je parle. De cet enseignement factuel contre-scientifique désastreux ne reste rien l'année d'après, rien qui permette une approche scientifique, rien qui donne une méthode de pensée. Après ces 2 ans de contre-formation, c'est un trou obligé de 6 ou 8 ans, consacré à l'apprentissage, toujours mémoriel, des maladies et des traitements, sans jamais plus entendre parler de science et moins encore de recherche, sans jamais mettre le pied, ne fût qu'une heure, dans un laboratoire. Rien. Les tristes photocopies des étudiants leur parlent de biologie cellulaire et moléculaire ou de génomique, mais ils n'ont jamais vu un western-blot, une machine PCR, un cytomètre de flux, un séquenceur, un microscope confocal, etc., outils de tous les jours de la recherche, dont ils se bornent à apprendre de façon livresque les résultats d'hier. Vide sidéral. Stérilisation assurée. Et réussie.

C'est après toutes ces années, à 25 ou 30 ans, que ceux qui envisagent l'université ou l'INSERM, reprennent le cursus scientifique, sans en avoir les bases. Les voilà 1 à 4 ans, en DEA ou doctorat, penchés sur des questions ponctuelles, n'ouvrant guère de vastes horizons, au service souvent ancillaire d'une équipe, plus qu'en formation dans un laboratoire, et comme 50% de nos unités de recherche ont une qualité limitée, non seulement elles ne produisent pas de résultats de valeur internationale, mais elles produisent 50% de DEA et de doctorants également sans réelle valeur et qui ne le savent pas. Il n'est pas vrai, comme le claironnent tant d'analystes superficiels et peu informés, fussent-ils du Collège de France, que nos doctorants soient appréciés partout dans le monde. Ce n'est vrai que des 20-30% d'entre eux, qui, justement, poursuivent leur formation

aux Etats-Unis, mais avec un engagement parfois inférieur à celui des fellows d'autres pays européens ou asiatiques.

Il est urgent de créer, comme aux Etats-Unis ou en Angleterre, un cursus dit MD-PhD, donnant en parallèle et simultanément une double formation. Difficile, mais il s'agit d'une élite qui le souhaite, et non de donner à tous la même formation uniforme, plus petit dénominateur commun du savoir, le même à ceux qui souhaite exercer comme généralistes ou comme chirurgiens, cardiologues ou anesthésistes, comme à ceux qui visent l'université et (donc) la recherche.

Troisième raison, la sélection des universitaires se déroule de façon scandaleuse. Théoriquement, concours nationaux ouverts à tous, sur postes publiés au Journal Officiel. Apparence. En réalité, les candidats sont préparés localement, sans mobilité, pendant 5 à 10 ans, dans un service donné, d'un CHU donné, et alors seulement, quand ils ont servi comme des soutiers, un poste est créé, spécifiquement pour chaque candidat local, formé – ou déformé et exploité – de longue date. Ce jeu de dupes médiéval, dans un monde clos, est tellement fixé qu'aucun autre candidat n'oserait même se présenter sur ces postes hyperfléchés.

Pire encore, avant d'être nommés, les candidats doivent subir un simulacre de validation devant une instance nationale, le Conseil National des Universités (CNU), qui aurait du disparaître avec la loi sur la soi-disant autonomie des universités, mais qui, jurande échevinale supérieure, est toujours là, frein aux politiques d'ouverture que pourraient envisager les facultés les plus dynamiques. Il y en a. Il m'a ainsi fallu 12 ans lutter contre cette instance, pour parvenir à accueillir dans des disciplines de pointe, plutôt que dans des disciplines mortes, des candidats "haut de gamme", venus non seulement de France, mais américains, canadiens, anglais, allemands, etc., sans pouvoir toujours le faire, car, qui le sait, on ne peut recruter en France de professeurs de médecine canadiens, suisses ou japonais, car ils n'ont pas le sacro-saint diplôme de docteur en médecine français, mais "seulement" des diplômes américains ou suisses, qui évidemment ne valent rien, en application de lois issues des années 37-42, destinées à refouler les "métèques" juifs, roumains ou polonais. Pire que la paralysie, la honte.

L'Institut Necker fera paraître en octobre une évaluation scientifique de ce CNU, élu par ses pairs les plus conformistes. Désastreux. Avec d'inévitables exceptions individuelles et dans quelques-unes de ses sections, il est en moyennes 5 fois inférieur aux 500 meilleurs chercheurs français, en terme de performances scientifiques et même inférieur à beaucoup des candidats qu'il prétend juger. Il faut redéfinir les missions d'un CNU que je verrai volontiers disparaître, sauf à pérenniser la déliquescence actuelle et par exemple, la répartition des emplois universitaires, qui témoigne d'un immobilisme et d'un archaïsme extraordinaire, comme si ces emplois se transmettaient par héritage. Des disciplines anciennes, biochimie métabolique, histologie, biophysique, physiologie, mobilisent encore

chacune 10 à 15% des emplois, tandis que les disciplines les plus actives et les plus nouvelles, biologie cellulaire, génétique, biologie du développement et de la reproduction et immunologie n'en disposent chacune que de 4 à 6%. Nos facultés sont l'image projetée de celles de la 4^{ème} République. La situation est la même dans les disciplines cliniques, où de nombreuses disciplines sont beaucoup trop réduites pour répondre aux besoins de la population, telles la cancérologie, la gynécologie, l'endocrinologie et le diabète, la nutrition, la neurologie et la psychiatrie, réduites chacune à 3 à 4% à peine des emplois, quand des disciplines bien moins utiles en mobilisent le double ou le triple.

Les universités vraiment autonomes devraient pouvoir définir les emplois et les profils nécessaires et procéder par appel d'offre international, comme le font tous les grands pays du monde et elles devraient pouvoir recruter aux salaires du marché et pour des durées, éventuellement renouvelables, qui leur conviendraient, 6 mois, un an, 5 ans ou la vie entière. Elles devraient aussi pouvoir maintenir en activité sans limite d'âge, dès lors que l'activité évaluée resterait grande et nécessaire, comme on le fait partout dans le monde anglo-saxon. Est-ce si difficile ?

Quatrième et dernière cause, plus subtile, en partie conséquence des précédentes, l'état d'esprit de trop d'universitaires, passif, conformiste, formaté, gélifié, ossifié, désenchanté et paresseux est à l'opposé de l'esprit de la recherche, qui est désir de savoir et de progrès pour mieux servir les malades, désir de s'affirmer, de contester, de l'emporter, désir de convaincre, désir d'être un primus inter pares, ambition, libido sciendi. L'histoire des sciences et de la médecine montre bien que la plupart des grands progrès ont été l'œuvre de contestataires, de marginaux intellectuels, qui se sont attaqués, en prenant de grands risques, et d'abord celui d'échouer ou de se tromper, à de grands sujets, et en posant des questions ou des hypothèses, non seulement nouvelles, mais audacieuses.

Malheureusement, beaucoup de nos CHU et de nos hospitalo-universitaires, trahissent leur triple mission et leur devoir. Ainsi 90% des 1.800 MCU-PH ne publient à peu près rien de qualité (sur les 128 universitaires d'élite des CHU, moins de 15 MCH-PH) et seulement 50% des PU-PH le font, dont 20% seulement (800 / 3.800) à un certain niveau de qualité internationale, la seule qui compte.

Globalement, plus des 2/3 des hospitalo-universitaires ne publient donc guère et ces pourcentages sont bien plus élevés dans les facultés des groupes C et D. Même dans le groupe A, les disparités sont très marquées entre certains campus, où plus de 75% publient à un niveau élevé, quand ce pourcentage tombe à 10 ou 20% dans d'autres.

Hormis la demi-synthèse de 2 des 30 anti-cancéreux majeurs, due à P. Potier, à Gif, à partir de produits naturels identifiés ailleurs, pas un vrai médicament utile français qui vaille depuis 30 ans, seulement quelques faux médicaments inutiles, tels le Clopidogrel ou le Rimonaban. Pas non plus un seul des appareils d'imagerie X ou par résonance magnétique ou de circulation extra-corporelle ou de ventilation, etc., et pas un équipement lourd de laboratoire

qui ne doit être importé à grands frais des pays qui les ont imaginés et commercialisés, pour répondre aux questions qu'ils se posaient et que nos chercheurs ne se posaient pas. Une situation de dépendance totale. De même, hormis de très rares percées cliniques, telles une part de la chirurgie endoscopique, ou la stimulation hypothalamique bilatérale ou encore quelques prothèses orthopédiques, nous n'avons rien inventé depuis les hétéogreffes de valves cardiaques dans les années 70, qui ont valu la médaille Lasker 2007 à Alain Carpentier (oublions le développement spectaculaire, médiatique et inutile de la chirurgie robotique transatlantique télécommandée, qui fait bling-bling). Tout au plus, les percées originales dues à H. Bismuth et J. Belghiti dans les greffes de foie, à A. Bisson dans la greffe pulmonaire et tout récemment, les greffes de la main ou du visage de JM. Dubernard et B. Devauchelle, déjà mentionnées.

La médecine et la chirurgie française se déroulent ainsi à un excellent niveau, mais en habits d'emprunt, faute d'inventivité et d'un tissu industriel entrepreneurial. Nous sommes certes les plus grands fabricants de médicaments d'Europe, mais non les inventeurs des médicaments que nous produisons et exportons. Nous fabriquons les bouteilles, les bouchons et les étiquettes, mais dans ce domaine, les grands crus viennent d'ailleurs.

Raison de plus de saluer ceux qui, même en dehors des unités de recherche, ont su s'élever au plus haut niveau, tel JM. Andrieu (Paris 5), R. Bataille (Nantes), B. Coiffier, C. Confavreux, P. Delmas, P. Miossec à Lyon, M. Dougados (Paris 5), A. de Gramont (Paris 6), M. Haissaguerre (Bordeaux), G. Montalescot (Salpêtrière), PG. Steg (Paris 7) et quelques dizaines d'autres, qui sur 3.800 professeurs restent des exceptions.

Triste bilan, qui impose une étude plus approfondie et la mise au point d'un véritable "livre blanc" de la médecine universitaire et de la recherche médicale, aussi nécessaire que celui qui vient de secouer les armées.

Philippe Even, directeur de l'Institut Necker.