

VRS

La Vie de la recherche scientifique

n°380
janvier/février/mars
2010

Prix au numéro : 8€



Santé Publique

Soins-Recherche-Formation



Banque coopérative, la CASDEN Banque Populaire place la solidarité et la réciprocité au cœur de sa démarche et la conception de son métier.

Elle présente une alternative au modèle bancaire classique en proposant aux personnels de l'Education Nationale, de la Recherche et de la Culture une offre d'épargne leur permettant de trouver des solutions de financement sur mesure.

Fidèle à ses principes, la CASDEN a tout naturellement choisi le Groupe Banque Populaire, il y a 35 ans, comme partenaire. Elle peut ainsi offrir à ses Sociétaires tous les services bancaires de gestion au quotidien dans les agences Banque Populaire.

Aujourd'hui plus d'un million de Sociétaires partagent les valeurs fondatrices de la CASDEN : solidarité, confiance, engagement.

A travers l'original "**Programme 1, 2, 3 CASDEN**" le Sociétaire, en épargnant, accumule des "Points" et obtient des crédits à des taux exceptionnels.

Son offre comme son fonctionnement sont construits autour d'une éthique et des principes mutualistes qui privilégient des valeurs de solidarité.

Un réseau de Chargées de Relation Enseignement Supérieur et Recherche à votre disposition

■ coordonnées disponibles sur www.casden.fr



CASDEN
BANQUE POPULAIRE

Notre banque, celle de l'Education, de la Recherche et de la Culture

Précarité, emplois, libertés scientifiques

Agir ensemble

L'enquête intersyndicale et son rapport ont permis de médiatiser la précarité dans l'enseignement supérieur et la recherche. Entretien par la flexibilité sous-tendue par des logiques de projets (ANR...), la précarité vise à exercer une sélection drastique au Graal que représente pour beaucoup l'accès au statut de la fonction publique. Mais le recours important, ces dernières années, à des personnels non permanents inféodés à leurs supérieurs hiérarchiques profile l'extinction de la seule autonomie qui vaille : l'autonomie intellectuelle et scientifique.

Autonomie dévoyée, autoritarisme des chefs d'établissement, entraves aux libertés scientifiques et pédagogiques... Après le « galop d'essai » de la loi LRU et son avatar de la réforme du lycée, le gouvernement s'attaque à la formation des enseignants. C'est bien l'indépendance des acteurs du service public d'éducation et de recherche, leurs capacités de résistance et leurs libertés qui sont en jeu. Si assurer des droits protecteurs aux précaires est essentiel, aucun accord ne pourrait se substituer aux garanties statutaires protectrices de l'intérêt général.

Pour l'avenir du pays, le gouvernement ne pourra pas faire l'économie de créations d'emplois en nombre pour résorber les précarités et développer les capacités créatrices des universités et des organismes de recherche. Les effets stériles et épuisants de la concurrence et de la sélection sont autant d'entraves à nos capacités de répondre aux demandes de la société.

L'éducation et la recherche restent sous tension. Au-delà, dans toute la société, le gouvernement détruit les solidarités et érige en modèle la concurrence et l'individualisation forcée : retraites, système de santé, justice, droits des étrangers... Les récents refus publics de chercheurs de bénéficier de la prime d'excellence scientifique (PES) – tout comme les prises de position de nombreux conseils d'organismes – illustrent le rejet d'une telle conception. Les motifs de mobilisations s'accroissent de jour en jour : journée d'action pour les lycées le 12 mars, pour l'emploi et les retraites le 23... Ensemble, construisons les rapports de force pour obtenir les réponses que le gouvernement nous refuse et pour imposer de tout autres choix. ■



Le 19 février 2010

Stéphane Tassel →
Secrétaire général du SNESUP-FSU

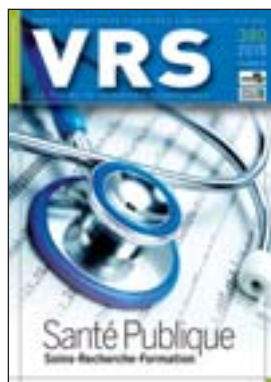
Syndicat national des chercheurs scientifiques [SNCS-FSU]

1, place Aristide-Briand, 92195 Meudon Cedex
Tél. : 01 45 07 58 70. Fax : 01 45 07 58 51
Courriel : snecs@cnrs-bellevue.fr
www.snecs.fr



Syndicat national de l'enseignement supérieur [SNESUP-FSU]

78, rue du Faubourg Saint-Denis, 75010 Paris
Tél. : 01 44 79 96 10. Fax : 01 42 46 26 56
Courriel : accueil@snesup.fr
www.snesup.fr



→ **Directeur de la publication** : Patrick Monfort → **Directeur délégué** : Jean-Luc Mazet → **Rédacteurs en chef** : Jean-Marc Douillard et Gérard Lauton → **Comité de programmation** : Les bureaux nationaux du SNCS et du SNESUP → **Ont participé à ce numéro** : Michel Blay, Catherine Bonaïti-Pellié, Jackie Fonfria, Béatrice Gaultier, Jean-Luc Gibelin, Bernadette Groison, Marie Kayser, Christian Laval, Marc Lipinski, Joëlle Masliah, Pascale Pellerin, Janine Pierret, Marie-Luce Pourci, Vololona Rabeharisoa, Stéphane Tassel, Germain Trugnan, Pierre Wolkenstein, Mustapha Zidi → **Secrétaire de rédaction** : Laurent Lefèvre → **Rédacteur-graphiste** : Stéphane Bouchard → **Couverture** : ©Henri Schmit/Fotolia.com → **Impression** : Imprimerie SENPQ, 35 rue Victor Hugo 93500 Pantin → **Routage** : Improfi → **Régie publicitaire** : Com d'habitude publicité, 25 rue Fernand Delmas, 19100 Brive-la-Gaillarde. Tél. : 05 55 24 14 03. Fax : 05 55 18 03 73. Contact : Clotilde Poitevin-Amadiou (contact@comdhabitude.fr / www.comdhabitude.fr) → **La Vie de la recherche scientifique** est publiée par le SNCS-FSU, 1, place Aristide-Briand, 92195 Meudon Cedex. Tél. : 01 45 07 58 70 — Fax : 01 45 07 58 51 — snecs@cnrs-bellevue.fr. **Commission paritaire** : 0414 S 07016. **ISSN** : 0755-2874. **Dépôt légal à parution**. Prix au numéro : 8 euros — Abonnement annuel (4 numéros) : 25 euros (individuel), 50 euros (institutionnel).

→ ÉDITORIAL	p. 03
Précarité, emplois, libertés scientifiques : agir ensemble	Stéphane Tassel

→ ACTUALITÉS	p. 06
---------------------------	--------------

Bernadette Groison : «Promouvoir une école plus ouverte sur la société en ancrant les questions d'éducation sur la recherche»	p. 06
Moins d'enseignants, plus de pilotage : le lycée rêvé de Nicolas Sarkozy Christian Laval	p. 08
Politique de la recherche en région Île-de-France : la région jette les bases de recherches partenariales inédites Marc Lipinski	p. 10
Enseignement supérieur et recherche publique : la précarité est devenue une carrière	p. 12
Université Paris-Dauphine : vente à la découpe des diplômes nationaux !	p. 16

→ SANTÉ PUBLIQUE : SOINS-RECHERCHE-FORMATION	p. 17
---	--------------

Pierre Wolkenstein : «Avec la restructuration de la carte sanitaire, le tri des malades va s'accroître»	p. 18
Financement de la santé : État d'urgence solidaire Jackie Fonfria	p. 20
Le rapport Marescaux sur l'avenir des CHU ou la genèse de la réforme de l'hôpital et des études de médecine Catherine Bonaïti-Pellié	p. 22
<i>Numerus clausus</i> draconien et sélection peu adaptée : les étudiants en médecine expatriés Marie-Luce Pourci	p. 26
Intégration des études d'infirmier(e) à l'université : un remède pour prévenir la pénurie de professionnels qualifiés Béatrice Gaultier	p. 28
Premiers symptômes de la loi Bachelot : les virus comptable et managérial identifiés Jean-Luc Gibelin	p. 30
Loi Bachelot : tromperie sur l'accès aux soins Marie Kayser	p. 32
Continuum hôpital-recherche : «Développer des interfaces très étroites entre cliniciens et équipes de recherche» Joëlle Masliah, Germain Trugnan	p. 35
Recherches en santé : les sciences sociales y participent et favorisent les relations interdisciplinaires Janine Pierret	p. 39
Mustapha Zidi : «L'interdisciplinarité est mal comprise par nos évaluateurs»	p. 42
Comment reconnaître l'expertise des malades et des usagers : les associations de malades et d'usagers au cœur de la démocratie sanitaire. Vololona Rabeharisoa	p. 44

→ ZOOM	p. 46
---------------------	--------------

Connaissance ou barbarie néolibérale et dirigiste : un enjeu pour l'Europe de la recherche et le Collectif printemps 2010 Michel Blay	p. 46
Recrutement des chercheurs handicapés au CNRS : les concours doivent appliquer la loi des 6 % de handicapés Pascale Pellerin	p. 48

→ ABONNEMENT/ADHÉSION	p. 50
------------------------------------	--------------



Thémis dans la cité
Contribution à l'histoire contemporaine
des facultés de droit et des juristes

Études réunies par Nader Hakim et
Marc Malherbe

442 p.

30,00 €

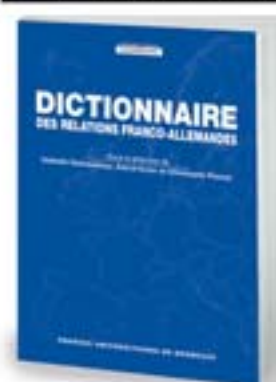


Construire l'éducation
de l'Ancien Régime à nos jours

Textes réunis par François Cadilhon, Michel
Combet et Marguerite Figeac-Monthus

290 p.

20,00 €



**Dictionnaire
des relations franco-allemandes**

Sous la direction de Isabelle Guinaudeau,
Astrid Kufer et Christophe Premat

301 p.

24,00 €

**Disponibles
en librairie**

Distribution Sodis - 128, Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
B.P. 142 - 77403 Lagny Cedex - Tél. 01 60 07 82 99

La Vie de la recherche scientifique (VRS) explore les grandes questions scientifiques et politiques en lien avec les préoccupations de la société et des mouvements sociaux. Retrouvez au fil des dossiers les grands sujets qui sont au cœur de vos interrogations et de vos exigences.



ABONNEMENT ANNUEL • 4 NUMÉROS PAR AN

INDIVIDUEL : 25 € • INSTITUTIONNEL : 50 €

REVUE ÉDITÉE PAR LE SYNDICAT NATIONAL DES CHERCHEURS SCIENTIFIQUES (SNCS-FSU)

INSTITUTION :

NOM :

PRÉNOM :

Adresse :

Courriel :

Tél. :

Télécopie :

Mobile :

Dom. :

Abonnement à compléter et à renvoyer avec votre règlement au : Syndicat national des chercheurs scientifiques (SNCS-FSU), 1, place Aristide-Briand, 92195 Maudon Cedex.

Tél. : 01 45 87 58 70. Télécopie : 01 45 87 58 55. Courriel : sncc@sncc-belluex.fr. Site Web : www.sncc.fr

RÉGIE PUBLICITAIRE : COM D'HABITUDE PUBLICITÉ, TÉL. : 05 55 24 14 03/04 19 94 66 85

BERNADETTE GROISON

NOUVELLE SECRÉTAIRE GÉNÉRALE DE LA FSU

«Promouvoir une école plus ouverte sur la société en ancrant les questions d'éducation sur la recherche»

Élue secrétaire générale au 6^e congrès de la FSU à Lille, Bernadette Groison évoque son parcours professionnel et syndical, le rôle de la recherche dans l'éducation, les rapports entre école et société.

Quels sont les motivations et les cheminements qui t'ont conduite au métier d'institutrice ?

→ **Bernadette Groison** : Le cheminement a été assez simple, car j'ai toujours été très intéressée par les questions relatives à l'éducation, y compris sur le plan philosophique s'agissant du rôle de l'éducation et de la place de l'institution éducation dans la société. Situation assez privilégiée en France, dans un rapport assez contradictoire avec les Français : ils aiment bien leur école tout en étant souvent assez critiques sur son fonctionnement. Tout cela m'a vite intéressée. Parallèlement à mes études, j'ai travaillé dans des centres de loisirs, comme animatrice puis directrice, au contact des enfants. Au sortir de l'université, j'ai décidé de passer le concours d'institut, sans exclure des évolutions par la suite. Je suis restée instit, car ce métier me plaît beaucoup. Par la suite, j'ai milité syndicalement, alliant à nouveau le travail de terrain avec les enfants et la réflexion et l'action sur les questions éducatives.

Comment vois-tu le rapport de ce métier et de ses acteurs avec la recherche ?

→ Il y a sur ce plan une situation en tension. Les questions d'éducation doivent être ancrées sur la recherche. Dans mon activité militante au SNUIPP, j'ai toujours cherché à le faire : travailler les questions syndicales en s'appuyant sur les travaux des chercheurs en contact avec eux, avec les mouvements pédagogiques et les associations. Si l'on ne repense pas l'éducation, si l'on ne la met pas en perspective en puisant dans les travaux de la recherche, on ne peut la faire progresser. Il en est de même

pour notre réflexion syndicale. Il y a un grand vide, car l'institution éducation n'encourage pas cette démarche et ne permet pas aux enseignants d'avoir un rapport avec la recherche. On l'a fait sur le plan syndical, mais on est loin du compte sur le plan professionnel. Les collègues disent qu'ils ont très peu de retours sur les travaux de recherche, très peu de formation continue en prise sur les études et travaux en rapport avec leur métier. C'est un besoin crucial non pris en compte dans le premier degré, ni d'ailleurs dans le second degré. C'est pour cela que, personnellement, après mon mandat au SNUIPP, j'ai voulu retourner à l'université pour faire mon master en sciences de l'éducation, afin de croiser ce que je sais et ce que je pratique dans mon chemin professionnel et syndical avec la recherche actuelle.

La vision d'une école ouverte sur la société, qui correspond à tes engagements, est-elle en progrès dans notre système éducatif ?

→ Je pense que l'on n'est pas en progrès sur la vision d'une école ouverte sur la société. Les derniers événements en région parisienne (Vitry...) montrent bien, qu'aujourd'hui, le gouvernement et certains courants sont sur l'idée de « *sanctuariser* » l'école, c'est-à-dire de la fermer, de la couper du monde pour qu'elle puisse jouer son rôle. C'est une méconnaissance et une incompréhension totales, à mon avis, un contresens sur son rôle dans la société. L'école ne peut pas être coupée de la société, puisqu'elle est à la fois le produit de la société, et qu'en même temps, on lui demande d'être celle qui va former à entrer dans la société !

L'école doit donc être en prise sur les évolutions et les attentes de la société, sans pour autant «faire éponge» et tout prendre, mais en étant en capacité de formuler des objectifs et des principes en lien avec la société, tournés vers le progrès, l'égalité...

Comment arriver à ce que l'école s'ouvre davantage ?

→ Si elle est fermée, cela ne fonctionne pas : certains affectent d'être surpris par les récents événements... Mais comment pourrait-il en être autrement ? L'école à un moment est aussi le reflet de ce que vivent les jeunes en dehors, et c'est normal. Il faut vraiment une école plus ouverte sur la société que ce que l'on est en train de faire aujourd'hui. La mettre en phase avec la société est un moyen de la faire mieux réussir. Certes, c'est un travail beaucoup plus compliqué, parce que cela demande à l'école de déterminer ce qu'elle va prendre de la société pour le retransmettre aux jeunes. Or, il n'y a pas forcément consensus dans la société sur ce que l'on doit transmettre. Mais c'est le rôle de l'école.

Quel rôle peut jouer sur ce point la FSU ?

→ Le rôle de la FSU sur ce registre est de contribuer à y voir plus clair entre les attentes de la société et les évolutions nécessaires de l'école compte tenu de l'essor des savoirs, des formes de communication qui changent, des valeurs



Mettre l'école en phase avec la société est un moyen de la faire mieux réussir

qu'il faut repenser – y compris la laïcité. Ce travail important de repenser les choses, de mettre en cohérence les attentes et les évolutions de la société avec les programmes et les principes de l'école, la FSU va y contribuer, avec d'autres partenaires, pour préciser ce que l'on attend aujourd'hui de l'école en termes de missions, de contenus et de fonctionnement. Avec une traduction en termes revendicatifs.

À l'issue d'un congrès qui a fait une large place aux enjeux sociétaux autour des découvertes scientifiques, quels atouts a la FSU pour promouvoir des débats pluralistes sur ces sujets ?

→ Les atouts de la FSU sont d'abord l'étendue et la diversité des secteurs qu'elle a en son sein. Sa richesse est de regrouper des personnels du monde de l'éducation,

de l'enseignement supérieur, de la recherche, de la culture, de la justice, de la territoriale, de l'environnement, etc. Ce large potentiel d'expérience professionnelle et d'expertise lui permet de mener des réflexions sur ces enjeux et de les confronter, parce qu'entre nous, il y a aussi des débats contradictoires et des désaccords. À charge pour nous d'être en capacité d'explicitier et de faire vivre ces questions en débat. ■

Propos recueillis par Gérard Lauton

6^e congrès de la FSU

ÉDUCATION, FORMATION, RECHERCHE, ENJEUX D'AVENIR

« Dans un monde qui évolue rapidement, les besoins de la société, des familles, des jeunes, sont considérables ; des questions nouvelles se posent et sollicitent des savoirs de plus en plus complexes et évolutifs. Le rôle du système éducatif et de la recherche ainsi que leur articulation sont cruciaux pour construire une autre société, plus démocratique, plus égalitaire. »

Extrait du thème 1 consultable en ligne dans son intégralité : www.fsu.fr/IMG/pdf/theme1-definitif.pdf

MOINS D'ENSEIGNANTS, PLUS DE PILOTAGE

Le lycée rêvé de Nicolas Sarkozy

Le marketing gouvernemental a « vendu » un lycée plus autonome qui ferait reculer l'enseignement disciplinaire jugé trop lourd. Le but réel : supprimer, dans les années à venir, des milliers de postes d'enseignants.

Christian Laval. Chercheur associé de l'Institut de recherches de la FSU.

Vers quel lycée nous mènent les décrets qui pleuvent aujourd'hui sur l'enseignement secondaire, et plus particulièrement sur le lycée ? Après l'échec de Xavier Darcos en 2008, Nicolas Sarkozy a imposé, à marche forcée, une réforme selon ses vœux. Des escouades de proviseurs et d'inspecteurs sont envoyés en mission de persuasion sur le terrain pour relayer la volonté présidentielle. Leurs arguments séducteurs cachent de plus en plus mal le but à atteindre.

La nouvelle architecture a été conçue pour obtenir l'appui ou la neutralité des fédérations de parents, des syndicats lycéens, des mouvements pédagogiques, ainsi que de l'UNSA et du SGEN-CFDT – syndicats très minoritaires dans le secondaire.

Jouant d'une habile communication auprès des médias et de l'opinion, le marketing gouvernemental a « vendu » un lycée plus autonome qui ferait reculer l'enseignement disciplinaire jugé trop lourd. Ce nouveau lycée encadrerait mieux les élèves en leur donnant un « accompagnement personnalisé » avec « tutorat », qui faciliterait leur orientation vers des formations supérieures « rentables ».

L'analyse de la situation doit dépasser les

présentations idylliques de la communication ministérielle. Le diagnostic de la situation pose d'emblée problème : pourquoi le lycée est-il soudain devenu le « maillon faible » à réformer de toute urgence du système éducatif ? Jusque-là, tous les experts semblaient plutôt dire que l'enseignement primaire, le collège et l'université avaient autant, sinon plus, de raisons de connaître des changements pédagogiques et organisationnels.

Motif budgétaire

L'un des principaux motifs de la réforme dite Chatel est budgétaire. La loi Fillon de 2005 a indiqué la piste à suivre. Le diagnostic se fondait sur le *benchmarking* européen, technique purement quantitative qui faisait apparaître, en ignorant histoire et structure nationale spécifique, un surcoût français pour l'enseignement secondaire. Bon prétexte, RGPP aidant (1), pour couper dans le vif des heures et des effectifs de professeurs.

« Dans l'école que j'appelle de mes vœux où la priorité sera accordée à la qualité sur la quantité, où il y aura moins d'heures de cours, où les moyens seront mieux employés parce que l'autonomie permettra de les gérer davan-

CNRS-hôpital-école

LES INSTITUTIONS DE CONFIANCE DES FRANÇAIS

Le CNRS est l'institution qui recueille le plus de confiance des Français : 90 % lui font confiance selon le nouveau baromètre de la confiance politique du Cevipof. Représentant la recherche dans son ensemble (1), le CNRS devance les hôpitaux (86 % de confiance) et l'école (83 %). Recueillant seulement 23 % de confiance, les partis politiques arrivent bons derniers. L'Élysée et son locataire actuel ne faisaient pas partie des institutions sondées dans l'enquête du Cevipof.

1. Le CNRS est la seule organisation de la recherche et de l'enseignement supérieur prise en compte dans l'enquête du Cevipof.

1. Révision générale des politiques publiques.

tage selon les besoins, les enseignants seront moins nombreux», annonce Nicolas Sarkozy dans sa « Lettre aux éducateurs » (2). Aveu éloquent, malheureusement un peu trop oublié dans les commentaires élogieux de la réforme. Le but est clair : ce sont sans doute des milliers de postes qui, dans les années à venir, vont encore pouvoir être « économisés ».

Par quel moyen obtenir ce lycée moins coûteux ? Il est à craindre, comme le pense le SNES-FSU (3), que les dispositifs en demi-groupes, qui vont remplacer les heures d'enseignement, seront vite sacrifiés aux impératifs de rigueur. Une ancienne coutume de l'Éducation nationale veut que ce qui n'est pas « fléché » nationalement soit condamné à une durée de vie assez brève.

Pression concurrentielle

Un autre moyen se dessine à travers les techniques managériales et l'autonomie plus large accordée aux proviseurs, devenus au cours du temps de véritables « chefs d'entreprises éducatives », selon la formule du sociologue Robert Ballion. Ces préalables, désormais habituels, préparent la mise en place d'un lourd dispositif d'évaluations, de contrôles, d'injonctions, d'incitations financières, censées accroître la « performance » de l'enseignement secondaire.

En accentuant la pression concurrentielle sur les établissements, la suppression totale – en septembre 2010 – de la carte scolaire contribuera, de l'extérieur cette fois, à cette mise sous tension des personnels enseignants, supposés ne pas travailler assez pour les salaires qu'ils perçoivent.

Rien ne dit que le but sera atteint. Toute la réforme repose sur le dogme selon lequel l'enseignement en lycée doit se partager entre cours magistraux, déversés devant des classes surchargées et des périodes consacrées à la méthodologie générale, aux « compétences transversales » et à l'orientation. Ce dispositif est loin d'avoir apporté les preuves de son efficacité pédagogique.

Cette réforme ressemble à s'y méprendre à celles qui se sont abattues sur l'enseignement primaire, l'enseignement supérieur ou la recherche. Elle prétend obéir à des objectifs et à des préceptes de « performance » et conduit souvent à un bricolage dispendieux et gaspilleur de temps.

Cette réforme fournit aussi l'occasion de régler quelques comptes idéologiques avec des disciplines qui ont le malheur de ne pas correspondre parfaitement à la *doxa* des « élites » économiques et politiques. Comme l'a rappelé récemment Stéphane Beaud dans *Libération*, les sciences économiques et sociales sont aujourd'hui en voie de liquidation en volume horaire et en contenu, payant sans doute leur pluralisme théorique et leur réalisme empirique (4).

Conforme à l'évolution constatée dans la recherche, l'un des aspects les plus inquiétants de cette réforme est bien le pilotage direct, par le gouvernement, des contenus de l'enseignement. Un nouveau signe d'un grand recul de l'esprit républicain dans l'institution scolaire. ■

Christian Laval

Malgré les refus et les contestations de la PES

INDIVIDUALISATION DES SALAIRES À MARCHE FORCÉE

Reçues le 23 février au ministère pour y porter la pétition exigeant l'abrogation de la prime d'excellence scientifique (PES), les organisations syndicales et association de l'enseignement supérieur et de la recherche (ESR) ont rappelé les motifs de l'opposition du milieu scientifique à cette individualisation des salaires. Le ministère reconnaît que ces mesures sont des réponses indemnitaires individualisées en lieu et place de réponses statutaires et qu'il n'est pas question pour lui d'ouvrir des négociations sur la grille des salaires. Il n'entend aucunement procéder à une modification des textes sur la PES. Son seul souci est qu'un nombre important de chercheurs reçoivent la prime d'ici juin, afin de pouvoir acter dans les faits ce système. Les organisations de l'ESR (1) dénoncent le refus du ministère de revoir une politique de primes jamais négociée et la mise en place d'une prime d'intéressement collectif sur les contrats de recherche, avatar supplémentaire dans l'individualisation des salaires. Elles appellent les personnels à continuer à exiger le retrait du décret sur la PES et une refonte des grilles de salaires. Elles soutiennent les collègues qui ont refusé de recevoir la PES.

1. FSU (SNCS, SNESUP, SNASUB) ; SGEN-CFDT Recherche ESPT ; SUD-Recherche-EPST ; UNSA (SNPTES) ; CGT (SNTRS, FERC-Sup, INRA) ; SLU

2. « Lettre aux éducateurs », septembre 2007. 3. Syndicat majoritaire des lycées et des collèges.
4. Beaud, Stéphane. Lycée : éco sans socio n'est que ruine de l'âme. *Libération*, 8 février 2010.

POLITIQUE DE LA RECHERCHE EN RÉGION ÎLE-DE-FRANCE

La région jette les bases de recherches partenariales inédites

La politique de recherche de la région Île-de-France a privilégié, lors de la dernière mandature, des interventions ciblées et la mise en réseaux des chercheurs franciliens, en mettant l'accent sur la participation directe des citoyens aux réflexions sur les enjeux de la science. Les arguments de l'élu qui l'a mise en œuvre.

Marc Lipinski. Directeur de recherche CNRS, vice-président du Conseil régional en charge de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

Les Régions ne disposent que de budgets limités pour financer l'enseignement supérieur et la recherche, qui ne relèvent pas de leurs compétences obligatoires. Une fois élu à la vice-présidence du Conseil régional d'Île-de-France, j'ai souhaité mener une politique volontariste dans ces secteurs où la Région Île-de-France présente de grands et nombreux atouts. J'ai estimé qu'il fallait cibler nos interventions et privilégier la mise en réseaux des chercheurs franciliens. Depuis 2004, le budget régional consacré à ces secteurs clés pour l'avenir a globalement doublé et j'ai réussi à installer une véritable politique régionale de recherche qui ne sacrifie pas la recherche cognitive au profit de recherches purement applicatives.

Financements pluriannuels sur des domaines d'intérêt majeur

Pour concentrer nos financements, nous avons défini des « domaines d'intérêt majeur » (DIM). Ce label est attribué par un vote de l'Assemblée plénière régionale. Il engage l'attribution de financements pluriannuels destinés à équiper les équipes de recherche et à attribuer des allocations de recherche à de jeunes chercheurs. Quatorze DIM ont été labellisés au cours de la mandature.

La priorité est allée aux sciences du vivant : neurosciences, cancer, cardiologie, maladies infectieuses émergentes (1), santé environnementale, toxicologie, diabète et obésité. Ainsi qu'aux agrosociences, avec un accent particulier porté aux recherches en agriculture biologique, à l'étude des écosystèmes et des ter-

ritoires. Parmi les autres DIM labellisés, je veux mentionner le *Réseau de recherche sur le développement soutenable* (R2DS) et l'*Institut Émilie du Châtelet*, premier institut en France à mener des recherches sur « les femmes, le sexe et le genre », domaine totalement « oublié » au niveau national, bien que très présent à l'échelle internationale !

Maîtres de leur gestion, les réseaux DIM ont, en 2009, reçu 67 millions d'euros de financements sur les 152 budgétés en faveur de la recherche et de l'innovation.

En cinq ans, plus de 1 000 allocations de recherche doctorale ou post-doctorale ont été attribuées. Les DIM en ont bénéficié ainsi que d'autres champs de recherche plus ciblés. Ces allocations pour jeunes chercheurs proposent des niveaux de rémunération compétitifs en Europe.

Participation directe des citoyens

Si les chercheurs doivent pouvoir jouir d'une véritable indépendance pour le développement de leurs travaux, la science ne peut pas appartenir seulement aux scientifiques. La société, au sens large, doit être mieux impliquée. Certains, « simples » citoyens, expriment la nécessité de recherches que l'on ne conduit pas habituellement dans les laboratoires.

Au niveau international, certaines grandes organisations non gouvernementales (2) utilisent leurs fonds propres pour financer des projets de recherche menés par des acteurs qui n'appartiennent pas forcément au monde académique. En France, les associations ont

1. Champ crucial à cause de l'impact prévisible des bouleversements climatiques. 2. Oxfam, Greenpeace...

du mal à le faire par manque de ressources propres. C'est pourquoi j'ai souhaité jeter les bases de recherches partenariales d'un type nouveau.

Dans le dispositif PICRI (Partenariats institutions – citoyens pour la recherche et l'innovation) créé dès 2005, la société civile est partie prenante – à parité avec le monde académique – dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets de recherche.

Retenu, un projet PICRI peut recevoir jusqu'à 50 000 euros par an. Entre 2005 et 2009, le Conseil régional a financé 56 PICRI. Ces projets d'intérêt sociétal portent sur des domaines très divers : étude de questions environnementales, gestion locale de la qualité de l'eau, santé, observation de l'état de la biodiversité, recherche en matière d'agriculture biologique, économie sociale et solidaire... Dans ces « pratiques de reconnaissance mutuelle », les enjeux de production de savoir ne sont plus uniques ni obligatoirement primordiaux. L'originalité et l'intérêt des PICRI ont été notés jusqu'à la Commission européenne et sa subdivision Science et société.

La participation directe des citoyens aux réflexions sur les enjeux de la science et des avancées technologiques a aussi pris le visage d'une Conférence de citoyens sur les nanotechnologies, organisée par la Région fin 2006-début 2007. Un panel de Franciliennes et Franciliens a travaillé pendant trois mois pour se former. Puis, lors d'une conférence publique, ils ont questionné divers intervenants sur des questions liées à l'irruption des nanotechnologies dans nos sociétés. Émis au bout de

ce processus, leurs avis et recommandations ont été suivis par la Région lorsque celle-ci était en situation de le faire ; ils ont été relayés vers les niveaux national et européen susceptibles d'y répondre dans les autres cas.

Cette attention aux citoyens est également à la racine du dispositif « Questions de sciences, Enjeux citoyens » : des associations de promotion de la culture scientifique et citoyenne, qui maillent le territoire francilien, doivent animer, tout au long de l'année, des débats autour d'un thème choisi, lié à l'évolution des sciences. En 2010, c'est la bioéthique. D'autres thèmes suivront. Il s'agit d'élaborer une réflexion citoyenne collective pour nourrir les réflexions des scientifiques autant que des politiques.

Un appel annuel à projets soutient également l'activité de ces associations de culture scientifique et technique. Le projet d'une Maison d'initiation et de sensibilisation aux sciences (« MISS Île-de-France ») est en cours d'élaboration. Elle accueillera des scolaires dans un environnement de laboratoire parfaitement équipé et avec un encadrement de scientifiques pour des séjours construits sur le modèle des classes de nature.

Cette politique a été menée en utilisant la capacité des Régions à s'appuyer sur la « clause générale de compétences ». Si celle-ci leur était retirée comme il en est question dans certains projets gouvernementaux, c'est toute la recherche qui serait affectée. Mais peut-être est-il encore raisonnable d'espérer ? ■

Marc Lipinski

Retraites

JOURNÉE NATIONALE D'ACTION LE 23 MARS

Une journée nationale d'action interprofessionnelle pour les retraites aura lieu mardi 23 mars. « *La situation économique et sociale nécessite l'intervention convergente des salariés du public comme du privé, des retraités, des privés d'emplois, pour porter avec force leurs attentes et défendre leurs intérêts communs* », rappellent les cinq organisations syndicales à l'origine de l'appel. Dans ce communiqué rédigé à l'issue du sommet social du 15 février, la CFDT, la CGT, la FSU, Solidaires et l'UNSA affirment leur volonté d'agir pour que le débat sur les retraites prenne en compte l'ensemble des questions, tant au niveau du privé que du public, notamment le niveau des pensions, l'emploi, le financement, la pénibilité, le code des pensions et la réduction des inégalités.



ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET RECHERCHE PUBLIQUE

La précarité est devenue une carrière

L'enquête de l'intersyndicale sur la précarité a identifié de véritables «*carrières précaires*», marquées par un manque de confiance en l'avenir et par les renoncements.

Un collègue sur cinq croisés à l'université ou dans votre laboratoire vit dans une situation de précarité ! L'université et les organismes de recherche font en effet travailler 45 000 à 50 000 précaires, soit environ 20 % de leur effectif.

Tirées de l'enquête précarité lancée par l'intersyndicale (1) et de données existantes, ces estimations s'appuient sur les trajectoires individuelles de plus de 4 400 précaires qui ont répondu au questionnaire (2). «*Ce sont des soutiers*

auxquels nous avons décidé

de donner une visibilité», a

déclaré Stéphane Tassel,

secrétaire général du

SNESUP, lors de la présen-

tation de cette enquête. La

précarité touche davantage

les femmes (60 % des répon-

dants), les trentenaires, les

sciences humaines et sociales

(SHS), et elle est plus pré-

gnante à l'université. «*Les*

précaires les plus précaires

sont à l'université. Les plus basses rémuné-

ration concernent les personnes qui ont pour

employeur et financeur l'université ou l'ensei-

gnement supérieur. 36 % touchent moins de

1 250 euros nets par mois», explique Isabelle

Clair qui a participé au pilotage de l'enquête.

La montée de la précarité ces dernières

années concerne également les organismes de

recherche. Entre 2006 et 2008, le nombre de

non-permanents au CNRS a augmenté de

17,2 %, tandis que celui des permanents bais-

sait de 1,5 %. Cette précarité affecte toutes les

catégories de personnel recensées par l'enquête :

les ingénieurs-techniciens-administratifs (ITA),

les docteurs, les doctorants, et les chargés de

cours (vacataires et contractuels assurant des

enseignements). Derrière l'hétérogénéité des

situations, une constante se dégage : «*une rémuné-*

ration basse et irrégulière, déconnectée des

diplômes et de l'expérience», résume Isabel-

«**Rémunération
basse et
irrégulière
déconnectée des
diplômes et de
l'expérience**»

le Clair. L'enquête a identifié de véritables «*carrières précaires*» marquées par un manque de confiance en l'avenir et un discours sur l'usure et les renoncements qu'elles produisent. L'enchaînement de contrats de plus ou moins courts termes semble la règle : 57 % des répondants auraient déjà enchaîné au moins trois contrats – 16 % en seraient au moins à six.

«*Les précaires vivent dans des conditions de travail inacceptables : rémunérations indé-*

centes, absence de sécurité de l'emploi et de

droits associés au statut comme

l'accès à la formation, à l'action

sociale, a souligné le secrétaire

général du SNCS, Patrick

Monfort. L'augmentation du

nombre de précaires dans la

fonction publique est aussi une

façon de déstabiliser les titu-

laires qui se retrouvent respon-

sables de la gestion de cette pré-

carité. Dans cette bataille, nous

devons faire comprendre qu'il

faut créer des postes de fonc-

tionnaire, garants de la liberté académique et

pédagogique. »

Le ministère de la Recherche a rejeté le plan

pluriannuel de recrutement proposé par une

délégation qui lui a remis le rapport. Il renvoie

à des discussions en avril sur un projet baptisé

horizon de l'emploi scientifique, à partir de

l'étude qu'il a lui-même réalisée et qu'il pré-

voit de recouper avec les priorités de la straté-

gie nationale de recherche et d'innovation. «*Pour*

le ministère, les chercheurs recrutés grâce aux

financements de l'ANR ne sont pas des "pré-

caires", ce sont des non-titulaires avec des

contrats dont la durée est liée à celle des pro-

jets financés. Quant aux autres catégories de

personnels et aux multiples formes de préca-

rité mises en lumière par l'enquête (ITA, vaca-

taires, chargés de cours...), il ne semble même

pas savoir qu'elles existent», souligne un com-

muniqué de l'intersyndicale (3). ■

1. www.precarite-esr.org/Rapportfinal-LaprecaritedanslESRP_9fevrier.pdf 2. www.snscs.fr/article.php3?id_article=2225
3. www.snscs.fr/IMG/pdf/Communique_Precarite.pdf

PRÉCARITÉ DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET LA RECHERCHE PUBLIQUE

Construire des actions collectives pour faire sortir les précaires de l'invisibilité

L'extension massive de la précarité dans la recherche et l'enseignement supérieur, la multiplication des contrats «atypiques», les pratiques de licenciement avant l'obligation de passage en CDI et la dégradation des conditions d'emploi des CDD nécessitent une riposte de grande ampleur de la part des personnels dans leur ensemble, qu'ils soient titulaires ou précaires.

Les organisations syndicales et associatives de l'enseignement supérieur et de la recherche appellent l'ensemble des personnels à prendre connaissance des résultats de l'enquête précarité et à se réunir dans les labos, UFR et services afin de multiplier les démarches pour faire connaître cette situation scandaleuse. Tous ensemble, nous nous engageons à construire des actions collectives pour que le printemps 2010 fasse sortir les précaires de l'invisibilité et soit celui de la lutte pour un emploi stable.

Depuis de trop longues années, les universités et les centres de recherche fonctionnent avec des emplois précaires. Mais, l'augmentation des financements des projets de recherche par appels d'offres, en particulier de l'ANR, la contractualisation des universités et les décisions politiques qui suppriment les emplois de titulaires et accélèrent la déréglementation ont conduit à l'extension inadmissible de la précarité. Nous exigeons la création de postes statutaires avec la titularisation sur place des précaires de longue durée, qu'ils travaillent dans les universités ou les établissements de recherche. Le gouvernement doit arrêter les fausses promesses et engager des négociations.

La situation réelle des personnels précaires doit être immédiatement améliorée. Les contractuels des établissements publics ne peuvent plus vivre avec si peu de droits. Il est temps de mettre fin aux petits contrats qui se succèdent, à l'absence de reconnaissance de la qualification et de l'expérience acquise, aux salaires bloqués, aux droits sociaux non appliqués. Nous appelons toutes les forces syndicales et associatives dans chaque établissement, chaque région, et l'ensemble des titulaires à examiner chaque situation concrète des précaires. Nous les appelons à exiger auprès des administrations locales et nationales l'arrêt des abus et la mise en œuvre des dispositions collectives les plus favorables.

Aider les précaires à sortir de l'invisibilité est de la responsabilité de tous, sans la solidarité active des titulaires leur lutte sera plus difficile. Nous appelons tous nos collègues titulaires à mettre fin aux pratiques discriminatoires qui perdurent dans trop de lieux de travail. C'est aussi en modifiant nos comportements que nous mettrons un coup d'arrêt à toutes les mesures de dévalorisation qui frappent nos collègues précaires. C'est en améliorant leurs conditions de travail et en les défendant devant les directions, que nous améliorerons les conditions de travail de tous.

Ensemble, nous imposerons des démarches collectives pour combattre les politiques d'individualisation et de mise en concurrence des salariés, pour obtenir un plan pluriannuel de création d'emplois statutaires, pour en finir avec la précarité. ■

Signataires : SNTRS-CGT, FERC-SUP CGT, CGT-INRA, CGT-IFREMER ; SNCS-FSU, SNESUP-FSU, SNASUB-FSU, SNEP-FSU, SNETAP-FSU ; SGEN-CFDT Recherche EPST ; SUP'RECHERCHE-UNSA, SNPTES-UNSA ; CFTC-Recherche ; SUD Éducation, SUD Recherche EPST, SUD Étudiant ; UNEF ; SLR ; SLU.

ÉRIC, POSTDOC PRÉCAIRE

«Le décalage entre nos tâches et notre absence de statut est total»

À la suite d'une thèse en sciences humaines et sociales (SHS), j'ai signé un contrat postdoctoral d'un an financé par un conseil régional via l'université, mon employeur. C'est plutôt une situation confortable dans la précarité.

La région fournit un salaire, mais ne se soucie pas de savoir si le laboratoire de l'université a les moyens matériels de nous accueillir... Et avec des chercheurs déjà à l'étroit dans leurs locaux se partageant un ordinateur pour quatre, cela n'a pas été facile !

Tout docteur qui vient de passer sa thèse espère décrocher un postdoc, et ce « Saint-Graal » concerne peu de personnes. Il ne faut pas oublier que ce sont des contrats précaires, de courte durée, qui n'excèdent jamais un an – en tout cas en SHS.

Le décalage entre les tâches quotidiennes du postdoc, sa fonction et son absence de statut est total. Nous accomplissons les mêmes tâches – notamment les mêmes cours – que les titulaires. Et les recruteurs m'ont bien précisé qu'ils voulaient un « vrai chercheur autonome » ayant soutenu sa thèse.

Dans le même temps, notre insertion dans les institutions et les organismes de recherche est problématique. Par exemple, pour bénéficier d'une formation. Sans parler de la difficulté de participer à l'action sociale ou syndicale.

Qu'est-ce qui pourrait expliquer ce statut précaire ? Le questionnaire sur la précarité montre bien qu'il ne s'agit pas d'un statut transitoire, d'une période limitée dans le temps. Ces « *carrières de précarité* » identifiées dans le rapport seraient la seule perspective qui s'ouvre devant nous. Le nombre de postes de titulaire diminue, et nous avons l'impression que les contrats courts financés par la région, l'ANR... se multiplient.

Concrètement, mon contrat s'arrête dans trois mois, et je passe une partie de mon temps à rechercher un nouveau financement, des charges de cours, ou le prochain contrat de recherche qui va me permettre de vivre. Je passe des heures à adapter mon CV au profil de poste. Pendant ce temps-là, je n'ai pas le sentiment d'être efficace en termes de recherche et de préparation de cours.

Les annonces qui circulent ne proposent jamais plus de 6 à 9 mois de contrat pour lesquels on nous demande de faire un projet de recherche. Cette multiplicité de contrats de plus en plus courts nous incite à « zapper » d'un projet à un autre. Nous avons ce statut de précaire, mais nous sommes partie prenante de l'enseignement supérieur et de la recherche. Nous faisons fonctionner le système. Nous le faisons vivre au quotidien et nous sommes, de plus en plus, sollicités, mais nous restons à la marge, au moins du point de vue de notre statut. ■

Enseignement supérieur et recherche publique

CE QUE VEULENT LES PRÉCAIRES

Malgré leur manque d'espoir d'avoir un poste durable, les précaires souhaitent continuer de travailler dans l'enseignement supérieur et la recherche publique – seuls 7 % envisagent de renoncer. Les précaires exigent un droit au moins aussi protecteur que dans le secteur privé. « *Être précaire n'est pas chose facile, mais d'autant moins dans un système qui n'accorde pas de prime de précarité [et] entraîne des délais de rémunérations longs* », souligne le questionnaire sur la précarité. Leurs revendications pour l'amélioration des droits des non-titulaires s'accompagnent toujours d'une demande de créations de postes de titulaire.

CLAIRE, CHERCHEURE PRÉCAIRE

« Nous vivons une installation dans la précarité »

Je suis une chercheuse précaire de plus de 35 ans, peut-être en cours d'installation dans la précarité. J'ai bénéficié pendant quatre ans d'un contrat européen, sous forme d'un CDD renouvelable une fois. Avec un salaire et des conditions de travail corrects, je fais partie des moins précaires des précaires. Mais à la fin du mois, je retourne au chômage. Nous étions huit chercheurs de cinq nationalités impliqués dans un même projet et aucun de nous n'a, aujourd'hui, de perspectives de travail vraiment sérieuses. Nos contrats ont été gérés par l'université. Nous avions un statut hors norme : « chercheur d'université ». Cela a posé des problèmes, surtout aux chercheurs étrangers ou installés à l'étranger qui n'ont pas pu bénéficier systématique-

ment de tous les droits sociaux en France. Nous vivons une installation dans la précarité et une normalisation de notre situation de précaire et du « travail gratuit ». Nous faisons le même travail que les statutaires, mais il y a ce hiatus, cette contradiction entre la recherche que l'on mène et notre absence de statut. Mon chômage va être utilisé pour valoriser mes résultats et rechercher un nouvel emploi. La précarité crée des risques de décrochage et d'usure. Elle accentue les tensions entre chercheurs et exacerbe les logiques concurrentielles. Être précaire, cela veut dire aussi ne pas être représenté et ne pas avoir le droit à la parole. Je suis très contente de pouvoir m'exprimer aujourd'hui et je me réjouis de la démarche de l'intersyndicale. Il était temps. ■



Les chiffres de la précarité

LE NOUVEAU BLUFF DE PÉCRESSE

Prétextant la parution du rapport annuel de l'Observatoire de l'emploi scientifique (1), Valérie Pécresse s'est précipitée pour annoncer qu'il y avait 37 000 « non-permanents » dans l'enseignement supérieur et la recherche, incluant du reste environ 15 000 doctorants financés : « *S'appuyant sur les données fournies par le rapport [de l'Observatoire de l'emploi scientifique], le ministère estime à 37 000 le nombre de personnels non-titulaires (c'est-à-dire n'ayant pas le statut de fonctionnaires), dont 23 500 dans les universités.* »

Or, le rapport 2009 de l'Observatoire de l'emploi scientifique ne contient aucune évaluation du nombre de précaires. Dans un paragraphe sur « les non-permanents », il se contente de reprendre les résultats d'un travail de l'OST (2), en y ajoutant des chiffres déjà connus sur les attachés temporaires d'enseignement et de recherche (ATER). Ces données de l'OST datent de 2006 – soit au début de la montée en puissance de l'ANR (3) – et ne portent que sur les chercheurs non permanents payés sur contrat par les établissements publics à caractère scientifique et technologique (4) et les universités (5). La manœuvre est simple : il s'agit de discréditer l'enquête des syndicats, aboutissant à évaluer entre 45 000 et 50 000 le nombre de précaires. Le chiffre que Pécresse a sorti de son chapeau a pourtant été repris par plusieurs médias, sans vérifier qu'il ne se basait sur rien.

1. L'état des lieux de l'emploi scientifique en France. Rapport 2009 :

www.sncs.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_emploi_scientifique_rapport_2009_136938.pdf

2. Les chercheurs non permanents dans les EPST et les établissements membres de la CPU en 2006, rapport de l'Observatoire des sciences et des techniques (OST) : www.sncs.fr/IMG/pdf/OST-CDD.pdf

3. Or, comme le souligne le rapport de l'OST, rien qu'entre « 2005 et 2006, le nombre de non-permanents est passé de 4 168 en 2005 à 5 200 contrats en 2006. [...] il semble qu'il y ait une dérivée fortement positive du nombre des chercheurs non permanents ».

4. EPST comme le CNRS, l'Inserm, etc.

5. Les établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC) comme le CEA et le CNES, les écoles non représentées au sein de la Conférence des présidents d'université (CPU), les ingénieurs-techniciens-administratifs des organismes de recherche (ITA), les personnels de bibliothèque, ingénieurs, administratifs, techniciens, ouvriers, de service et de santé de l'université (BIATOSS) ou les enseignants-chercheurs ne sont pas pris en compte, ce que le rapport de l'OST ne cherche pas à dissimuler : www.sncs.fr/article.php?id_article=2198&=1580

UNIVERSITÉ PARIS-DAUPHINE

Vente à la découpe des diplômes nationaux !

Le 1^{er} février, le conseil d'administration de l'université Paris-Dauphine a décidé (33 Pour, 20 Contre) d'augmenter massivement les frais d'inscription de ses diplômes de master. Certains atteindraient 4 000 euros par an !

Qui peut payer 4 000 euros par an pour un master ? Grâce à un tour de passe-passe ourdi avec le ministère, Paris-Dauphine peut désormais rivaliser avec les tarifs couramment pratiqués par les écoles privées, au mépris de ses missions de service public et des droits d'inscription réglementés des diplômes nationaux (231 euros pour un master).

Loin d'un dérapage accidentel, c'est la mise en œuvre, préparée de longue date, d'une conception marchande et élitiste de l'enseignement supérieur. Devenue dès 2004 un « *Grand Établissement* », Paris-Dauphine échappe à une part de la réglementation sur les universités.

Les annonces de modulation sur critères

sociaux sont l'arbre qui cache la forêt, car cela ne permettra pas l'accès à ces formations. Les syndicats de la FSU ont dénoncé le choix délibéré d'une politique sélective mettant en concurrence les formations entre elles, et contraignant l'étudiant à s'inscrire à des diplômes universitaires d'un montant prohibitif.

Cela ressemble à un signe avant-coureur de déréglementation des formations et des diplômes qui vise à façonner un enseignement supérieur à plusieurs vitesses : « grands établissements d'excellence » pour une élite peu nombreuse triée sur le volet et « universités de base et de masse » pour les autres. ■

MOTION VOTÉE PAR LE CNESER

L'Université Paris-Dauphine vient de décider d'une augmentation spectaculaire des frais d'inscription de certains de ses masters, moyennant leur dégradation de diplômes nationaux en diplômes d'établissement. Le CNESER dénonce un projet injustifié qui détourne du service public son offre de formation. Les tentatives d'augmentation des droits d'inscription de ce Grand Établissement ne sont pas nouvelles : déjà en 2008, un précédent projet de réforme concernant les diplômes de licence avait été empêché par la mobilisation. [...] Saisi par la ministre, le Conseil d'État avait estimé que Dauphine « *a vocation, à titre principal, à délivrer des diplômes nationaux* », et qu'une décision d'université « *qui requalifierait à l'identique ou, du moins, sans changement substantiel un diplôme national [...] en diplôme propre, aux seules fins d'échapper à la réglementation des droits d'inscription, pourrait être regardée comme entachée d'un détournement de pouvoir de nature à justifier son annulation contentieuse* ». C'est pourtant la décision que vient de prendre Paris-Dauphine, aidée en cela par la modification du décret concernant le master, publié en juillet dernier.

Le CNESER dénonce le non-respect de l'avis du Conseil d'État par Paris-Dauphine, à seule fin d'augmenter les frais d'inscription. Le CNESER dénonce la réforme des frais d'inscription qui conduira à l'exclusion des étudiants les plus modestes, à l'heure où la ministre exige que les grandes écoles s'ouvrent à la mixité sociale. Le CNESER demande à la ministre de faire un rappel immédiat à la loi et d'imposer à cet établissement – dont le ministère vient d'augmenter fortement les moyens – le retour à des diplômes nationaux et donc à des droits d'inscriptions normaux. [Il lui] demande de revenir sur les modifications du décret de master qui ont permis cette décision de Paris-Dauphine, et dénonce une recomposition masquée du paysage universitaire qui permettrait de contourner la réglementation des universités et d'étendre la sélection à l'entrée de l'université.

Motion présentée le 15 février par le SNESUP et soutenue par : UNEF, CGT, UNSA, SGEN-CFDT, FNAESR, FCPE (23 pour, 3 contre, 1 abstention)



Santé Publique

Soins-Recherche-Formation

Au cœur du système de santé, l'articulation soins-recherche-formation est hautement stratégique. Les mesures gouvernementales visent méthodiquement ces trois activités. La loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) et la tarification à l'activité font de l'acte de soin une prestation comme une autre dans une mise en concurrence biaisée public-privé. Au risque d'aligner la carte sanitaire française sur les grandes chaînes américaines de cliniques privées, tant il est aisé de fermer des lits sur critère comptable via les agences régionales de santé (ARS) et les communautés hospitalières de territoire. Au risque aussi de voir le tri des malades s'accroître au gré des formules souscrites auprès des mutuelles dans une logique d'assurance. Dans le « marché » de la santé, les assureurs ont encaissé +11,7 % entre 2007 et 2008 ! Le « virus comptable et managérial » étant bien identifié, il reste à le combattre activement sur le terrain des soins, de la formation et de la recherche. Résister sur ces trois fronts, tel est l'objet de ce dossier.

Gérard Lauton



PIERRE WOLKENSTEIN

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-PRATICIEN HOSPITALIER

« Avec la restructuration de la carte sanitaire le tri des malades va s'accroître » »

Exerçant au CHU Henri-Mondor, Pierre Wolkenstein dénonce l'appauvrissement de l'hôpital public qui doit faire face à un afflux de malades aux urgences. Pour lui, le calcul des coûts et la tarification sont faits pour envoyer les pathologies rentables dans le privé et les autres dans le service public.

L'acte de soin devient-il une prestation comme une autre ?

→ **Pierre Wolkenstein** : Avec la tarification à l'activité, l'acte de soin est considéré, par le gouvernement, comme une prestation comme une autre. Avec mise en concurrence entre service public et service privé. Comme ce qui a été fait dans d'autres domaines – la Poste, l'enseignement... Ce qui me trouble le plus dans la réforme de l'hôpital, c'est que l'État brade tout ce qui est répétitif et rentable au privé.

Public et privé n'auraient pas les mêmes missions !

→ Le privé peut trier les malades : il peut refuser des patients pour les envoyer dans le public. Un hôpital ne trie pas ses malades. Tant que la porte d'entrée des urgences reste ouverte, le service public restera le service public. Les urgences sont aujourd'hui le grand entonnoir dans lequel s'engouffrent ceux qui ne peuvent pas consulter un médecin ou qui n'ont pas d'autres choix. Pour ces raisons, l'hôpital public sera nécessairement moins rentable que le privé. Le calcul des coûts et la tarification à l'activité sont faits pour répartir les pathologies rentables dans le privé et les autres dans le service public. C'est le processus de privatisation classique déjà appliqué à des entreprises comme France

Télécom. Il signe la volonté idéologique d'un gouvernement de « débarrasser » le public des secteurs rentables pour les confier au privé, avec préservation, à certains endroits, de pôles d'excellence.

Pour vous, le risque n'est pas une spécialisation des hôpitaux publics ?

→ Repris par certains médias, ce discours qui consiste à dire que l'on va « surspécialiser » les hôpitaux n'est qu'une couverture pour dissimuler la réalité de la réforme. Aujourd'hui l'hôpital s'appauvrit, il ne s'enrichit pas ! Il n'est pas dans une dynamique d'accueil de nouveaux experts sur des pathologies pointues : il doit faire face à l'afflux de malades aux urgences, parfois engorgées jour et nuit, comme celles de Mondor.

Le privé est-il un bon gestionnaire ?

→ Dans tous les pays où l'on a confié au privé la gestion de la majorité des malades, il y a un dérapage des dépenses de santé. Le privé est plus dépensier par essence, puisqu'il veut gagner de l'argent. Aux États-Unis, 16 % du PIB est consacré à la santé, avec une couverture médicale loin d'être universelle. 11 % en France, avec une couverture universelle. En résumé, si vous confiez la santé au privé, vous augmentez les

dépenses : vous poussez à la consommation ! Dans cette logique, la prestation considère la santé comme une chose vendable et le soin devient un produit comme un autre. Sauf que le soin n'est pas un produit. Chacun doit bénéficier d'un accès libre au soin et il doit être égal partout – ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Quel sera le paysage de la santé demain ?

→ Les dépenses de santé augmenteront, qu'elles soient ou non confiées au privé. Avec le vieillissement de la population, 20 à 25 % du PIB sera consacré à la santé. L'agence régionale de santé (ARS) procédera à des regroupements, des fermetures d'hôpitaux publics ou privés. Des cliniques qui ne marchent pas bien parce qu'elles n'ont pas assez de malades seront fermées, voire rachetées par des assurances pour les mettre à niveau. La France va découvrir les grandes chaînes américaines de cliniques privées. La carte sanitaire va changer considérablement.

Avec quelles conséquences ?

→ Le tri des malades va s'accroître : les forfaits seront remboursés ou pas selon les mutuelles. On rentre dans une logique d'assurance au détriment de la mutualisation. On va rejoindre le paysage de beaucoup de pays. Le privé prendra en charge les pathologies rentables et simples, avec un tri et une médecine à deux vitesses. Le service public va sûrement se dégrader, à l'exception de quelques « phares », situés dans des zones privilégiées, comme Paris



intramuros, pôle d'excellence avec de très bons hôpitaux, entouré d'une banlieue délaissée.

Et le lien hôpital-recherche ?

→ Les restructurations conduisent à une augmentation massive du travail hospitalier. Quand la masse critique n'est pas suffisante, la première chose que l'on abandonne, c'est la recherche. Un hôpital où le soin devient industriel ne laisse plus beaucoup de possibilités de réfléchir et de faire de la recherche. Nous allons probablement vivre, dans les années à venir, une restructuration massive et dévastatrice. Les Anglais commencent, tout juste, à se relever de Thatcher. Dans le monde de la santé, on mettra 20 ans à se remettre de Sarkozy. ■

Propos recueillis par Laurent Lefèvre

Tarification à l'activité

HÔPITAL SOUS PERFUSION DE RÉSULTATS RENTABLES

Issue de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007, la tarification à l'activité est un mode de financement qui s'applique à tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. L'allocation des ressources est fondée sur la nature et le volume des activités, et non plus sur la logique de moyens qui prévalait jusque-là.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

État d'urgence solidaire

Le rétrécissement des protections collectives est en marche, avec pour conséquence une privatisation de plus en plus large du « marché » de la santé. Les assureurs se taillent la part du lion : entre 2007 et 2008, leur chiffre d'affaires a fait un bond de +11,7 %.

Jackie Fonfria. Vice-présidente déléguée MGEN.

La santé financière, médicale et sociale de notre système de soins se dégrade de façon insidieuse, malgré les plans dits « de sauvegarde » qui se succèdent. Régulièrement médiatisé, le déséquilibre des comptes – le fameux trou – cache une sombre réalité : le délitement des garanties collectives. Avec à la clef, l'aggravation inquiétante des inégalités sociales, culturelles, économiques et territoriales dans l'accès de tous à des soins de qualité.

Confrontés à cette situation, les pouvoirs publics donnent l'impression de faire le gros

dos, arc-boutés sur les concepts de la stabilité et de la réduction des prélèvements obligatoires érigés en dogme. Tout se passe comme s'ils laissaient filer les dépenses en fermant délibérément le robinet des recettes ! Pire même, les généreuses exonérations de charges sociales concédées aux entreprises et imparfaitement compensées par l'État aboutissent à tarir le financement d'une institution déjà exsangue.

Comme si le gouvernement laissait pourrir les choses, pour le moment venu, faire accepter à une opinion publique résignée un traite-



© SANDOR KASCO/FOTOLIA.COM

ment de choc, qu'en d'autres circonstances, elle refuserait. Sous prétexte de responsabiliser l'assuré, les ministres successifs en charge de la santé ont usé et abusé, à l'envi, de l'introduction de taxes, forfaits et franchises laissés à la charge des patients, qui de surcroît, rendent illisibles les modalités de remboursement.

Repli des solidarités

Entre 2004 et 2008, l'impact de ces dispositions sur l'augmentation de la participation des ménages s'élève à 3 milliards d'euros, selon le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. C'est la traduction concrète de la politique des vases communicants de l'assurance maladie vers les ménages et leur couverture complémentaire. Une stratégie qui se prolonge et s'accroît par la loi de financement 2010 de la Sécurité sociale.

Les Français ressentent fortement ce repli du niveau de la protection. Une impression, jusqu'à présent non corrélée par les statistiques qui, depuis 1995, annoncent invariablement un taux moyen de prise en charge de la part de l'assurance maladie dans les dépenses de santé, relativement stable, de l'ordre de 77 %. En 2008, le taux de prise en charge de la dépense de santé décroche à 75,5 %, selon le rapport du Haut Conseil (1).

Ces taux moyens de prise en charge méritent une analyse plus précise pour corriger un effet d'optique, dans la mesure où 60 % des dépenses résultent de 13 % de la population – les personnes en affection de longue durée (2). Si la Sécurité sociale prend en charge 92 % des soins à l'hôpital, elle ne couvre qu'un euro sur deux des frais engagés en médecine de ville !

Le rétrécissement des protections collectives est bel et bien en marche avec pour conséquence, une privatisation de plus en plus large du « marché » de la santé. Entre 2001 et 2008, le chiffre d'affaires des complémentaires a augmenté de plus de 10 milliards. Dans ce contex-

te, les assureurs se taillent la part du lion – leur chiffre d'affaires a fait un bon de + 11,7 % entre 2007 et 2008. La mutualité ne progresse que de 3,7 % dans la même période.

Totalisant 60 % des dépenses remboursées par les complémentaires (3) en 1980, les organismes mutualistes n'en représentent aujourd'hui que 54,5 %. Autrement dit, le champ de la sécurité sociale rétrécit et, dans le même temps, l'intervention solidaire des mutuelles tend à se rétracter. On assiste bel et bien à un repli manifeste des solidarités en santé, dans une période où les besoins ne cessent de s'amplifier du fait de la crise et de son cortège d'effets néfastes – chômage, stress au travail...

Les assureurs et leurs actionnaires se réjouissent des reculs de la sécurité sociale, qui leur offrent l'opportunité d'élargir leur part de marché. Les mutuelles ne peuvent que dénoncer le rétrécissement régulier du champ des garanties collectives, source d'inégalités. Appelées à assumer pour partie les désengagements de l'assurance maladie, elles ont dû réviser à la hausse leurs cotisations, d'autant plus qu'une taxe de 5,9 % imposée par les pouvoirs publics lèste leurs recettes (4).

Opposé à des lobbys très puissants outre-Atlantique, Obama s'emploie à créer un système universel d'assurance maladie, alors qu'en France, le gouvernement semble traiter par le mépris les difficultés de notre système de santé, au point de mettre en péril sa pérennité. À l'heure des choix décisifs, où l'avenir solidaire du système de santé est à la croisée des chemins, les forces progressistes de ce pays seraient bien inspirées de promouvoir une indispensable évolution de son financement, par l'élargissement de l'assiette de ses recettes à toutes les sources de la richesse nationale. Il s'agit, sans délai, de déclarer, dans leurs rangs et dans l'opinion publique, l'état d'urgence solidaire. ■

Jackie Fonfria

→ Notes/Références

1. Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, septembre 2009 : <http://bit.ly/6Zadvs>
2. Plus de 7 millions d'assurés dont les soins liés à leur affection de longue durée (ALD) sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.
3. Assureurs, institutions de prévoyance et mutuelles.
4. Compte tenu de la participation à l'acquisition des vaccins, cette taxe ampute de près de 90 millions d'euros les ressources de la MGEN.

LE RAPPORT MARESCAUX SUR L'AVENIR DES CHU

Ou la genèse de la réforme de l'hôpital et des études de médecine

La commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires présidée par Jacques Marescaux avance six propositions pour réformer le modèle des CHU créé en 1958. Elle suggère notamment de renforcer la dimension universitaire à tous les niveaux de gouvernance et de reconstruire la dynamique de recherche biomédicale.

Catherine Bonaïti-Pellié. Directrice de recherche Inserm, membre du bureau national Inserm du SNCS.

« Proposer de nouveaux axes de réforme pour garantir le maintien d'un niveau d'excellence dans chacun des domaines de compétences [des centres hospitaliers universitaires] », précise la lettre de mission adressée à la commission sur l'avenir des CHU (1). Remis en mai 2009 au président de la République, le rapport de cette commission présidée par Jacques Marescaux énonce les grands principes qui doivent guider la refondation des CHU (*cf. encadré*) et propose d'engager six réformes structurantes. Ces préconisations préfigurent la réforme de l'hôpital et des études de médecine.

Le rapport souligne la grande disparité des CHU et leurs difficultés, notamment financières (2), pour remplir leur triple mission (*cf. encadré*). En passant, il fustige le système actuel de financement récurrent des structures, qui prédomine en France. Le financement de la recherche par appel à projet « *ménage une plus grande flexibilité dans l'allocation de ressources, récompense les projets les plus ambitieux et l'excellence des performances, [...] et favorise les contacts avec le secteur privé afin de mieux valoriser la recherche* », s'enthousiasme le rapport. Il préconise donc de s'appuyer sur les recommandations du comité Zerhouni (3) et de transformer les organismes de recherche en agences de moyens.

Adapter la gouvernance

Les CHU doivent être en mesure de conduire leurs missions dans un cadre de pilotage et de gouvernance adapté. Toujours selon le rapport, il faut renforcer la dimension universitaire à tous les niveaux de gouvernance : directoire, conseil de surveillance et futurs départements hospitalo-universitaires (DHU).

La commission Marescaux conseille d'associer les ministères de tutelle à la nomination des directeurs généraux des CHU et d'adapter la composition de leur directoire à sa triple mission. Elle propose de remplacer les pôles actuels par des DHU qui regrouperaient plusieurs services. Elle suggère de compléter les conventions entre université et CHU par un contrat d'objectifs et de moyens hospitalo-universitaire.

Relancer une dynamique de recherche biomédicale

Le rapport préconise la création d'instituts hospitalo-universitaires labellisés pour mettre en œuvre, à l'échelle d'un site, un projet médico-scientifique axé sur une thématique prioritaire. Ce projet fédérerait, autour d'un ou plusieurs DHU, des laboratoires de recherche labellisés par les organismes de recherche et l'université. Ces nouveaux instituts devront être adossés à des fondations de coopération scientifique,

afin de mobiliser des financements privés.

Le pilotage de la recherche devrait être assuré par les comités de la recherche en matière biomédicale et de santé publique. Créés en 2006, ces comités visent à favoriser un pilotage stratégique et une politique de spécialisation en identifiant des centres d'excellence et à simplifier le paysage des opérateurs et des procédures d'évaluation de la recherche biomédicale. L'Alliance nationale pour les sciences du vivant et de la santé poursuit déjà cet objectif mais, selon le rapport, il convient d'aller plus loin avec une agence de moyens unique, tout en simplifiant la stratégie d'évaluation des chercheurs.



© DX/FOTOLIA.COM

Revoir la gestion des ressources humaines

La triple mission des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) doit pouvoir être effectuée à une échelle collective, et non au niveau strictement individuel. Pour permettre le recrutement et la promotion des meilleurs PU-PH, la commission Marescaux préconise des contrats de cinq ans pour des praticiens hospitaliers pouvant déboucher sur

une carrière de PU-PH [4]. Elle propose qu'une partie de cette carrière soit consacrée prioritairement à la recherche.

Concernant la sélection et la promotion des candidats, le rapport stigmatise le pourcentage d'élus qu'il conviendrait de diminuer « *compte tenu des risques d'endogamie propres au processus de nomination* » [sic].

En s'appuyant sur les leviers mis en place par la LRU, le rapport préconise d'aligner la carrière des professeurs hospitalo-universitaires sur les standards internationaux en matière de rémunération des praticiens hospitaliers. Il suggère aussi de revaloriser la participation

→

Commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires

LES PRINCIPES DE LA REFONDATION DES CHU

- Renforcer la synergie entre les trois missions des CHU et adapter leur gouvernance à la double dimension universitaire et hospitalière ;
- Faire des CHU, aux côtés des universités, les acteurs dominants d'une recherche translationnelle [mise en application médicale des résultats scientifiques de la recherche fondamentale] ;
- Distinguer les exigences respectives de l'approche collective et de l'approche individuelle de leur triple mission ;
- Prendre en compte le nouveau contexte de la recherche biomédicale qui doit inciter aux coopérations et à la complémentarité ;
- Concilier une qualité accrue de la recherche biomédicale avec celle de la formation de nombreux professionnels de santé ;
- Inscrire les CHU dans la double dynamique de la LRU et de la rénovation du schéma institutionnel des recherches en sciences du vivant.

Soins, enseignement et recherche

LA TRIPLE MISSION DES CHU

Créés par « l'ordonnance Debré » du 30 décembre 1958, les centres hospitaliers universitaires (CHU) exercent une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Les CHU assurent le quart des capacités d'hospitalisation du secteur public. Ils participent à la formation pratique des médecins, des pharmaciens et des odontologues : ils accueillent six internes sur dix en troisième cycle. Leur activité de recherche est marquée par un fort déséquilibre entre l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) qui concentre 43 % des unités de recherche labellisées et les autres établissements.

→ de ces derniers aux missions universitaires des CHU par la possibilité d'un complément de salaire. Les futurs départements hospitalo-universitaires pourraient bénéficier d'un « retour financier » permettant d'intéresser collectivement les équipes sous forme d'investissement ou de ressources humaines supplémentaires.

Favoriser la double formation des médecins

Il faut permettre aux CHU d'assurer la formation des médecins en cohérence avec la double préoccupation d'excellence sanitaire et de recherche. Le rapport propose de mettre en place, dès le deuxième cycle, une initiation à la recherche qui faciliterait les doubles for-

mations de type doctorat médical et scientifique (M.D./PhD). Il préconise d'accroître le potentiel d'accueil des étudiants par une coopération avec les autres établissements de santé, y compris le secteur privé et les médecins généralistes. Il conseille de renforcer les capacités de post-internat des CHU, en parallèle à l'augmentation du *numerus clausus*.

Tenir compte des spécificités des missions de soins

La commission Marescaux recommande de mettre en œuvre une juste rémunération de l'innovation et du soin de recours (5) et de poursuivre la réforme de l'allocation des missions d'enseignement, de référence, de recherche et d'innovation (MERRI). Un équilibre optimisé de la chaîne de soins grâce à un meilleur maillage territorial permettrait aux CHU d'assurer leur triple mission dans des conditions plus favorables.

Piloter au niveau national

Le rapport propose enfin de créer au niveau national les conditions d'un pilotage conjoint des missions enseignement et recherche des CHU. Car « si l'Inserm a une mission de direction et de coordination nationale de la recherche biomédicale, il n'a ni les moyens ni l'autorité suffisante pour la mener à bien, même si la démarche récente de création de "l'Alliance" peut contribuer à une amélioration du pilotage ». Pour la commission, il est fondamental que les services des ministères de la Recherche et de la Santé intègrent – chacun dans leur organisation et leurs priorités – la dimension des CHU en définissant des axes stratégiques et des structures communes de projets. ■

Catherine Bonaïti-Pellié

→ Notes/Références

1. Rapport de la Commission sur l'avenir des Centres Hospitaliers Universitaires présidée par le professeur Jacques Marescaux : <http://bit.ly/7UU6TQ>

2. En 2007, 24 des 27 CHU étaient en déficit.

3. Rapport d'évaluation de l'Inserm commandé par l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) : <http://bit.ly/5nc85k>

4. Forme de *Tenure* proposée aux professeurs titularisés des universités américaines.

5. L'activité de recours des CHU consiste à accueillir les patients en impasse diagnostique ou thérapeutique adressés par un tiers – médecins libéraux ou autres centres hospitaliers. « Dans plusieurs régions, le CHU est le seul établissement public hospitalier de proximité créant un effet de recours naturel. À la différence d'autres modèles étrangers, les CHU sont positionnés sur tous les segments de l'activité hospitalière, y compris l'activité courante et l'accueil des urgences non vitales », souligne le rapport.



Les lieux de soins sont parmi les rares espaces où les individus peuvent encore, aujourd'hui, porter plainte et tisser des liens. Ce sont aussi des lieux où notre société se met à nu et révèle l'ampleur de ses dysfonctionnements.

Créée en 1976 par des médecins généralistes, **Pratiques** occupe une place particulière dans le paysage des revues. Elle s'est enrichie de la collaboration d'autres soignants, de chercheurs de toutes disciplines, de citoyens et d'associations d'usagers. Elle se donne comme mission de

repérer, décrypter, analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans le soin et la santé au carrefour du social, du politique, des sciences, de la philosophie, de l'anthropologie et même de l'art.

Les questions de santé et l'accès à des soins de qualité pour tous concernent chaque citoyen de ce pays. Forte de cette conviction, la revue **Pratiques**, les cahiers de la médecine utopique s'appuie sur l'expérience du quotidien pour mener une analyse critique ambitieuse, indépendante, et constructive.

Prochaines parutions

N° 49 – La place du patient dans le système de soin

N° 50 – Mettre au monde

N° 51 – Images du corps

N° 52 – Le rire dans le soin, mettre du jeu

Contact

Pratiques

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff

Tél. : 01 46 57 85 85

revuepratiques@free.fr

www.pratiques.fr

NUMERUS CLAUSUS DRACONIEN ET SÉLECTION PEU ADAPTÉE

Les étudiants en médecine expatriés

Zagreb vient d'ouvrir une université. Une vingtaine de Français a tenté l'expérience. Ces apprentis médecins sans frontière espèrent que la Croatie rejoindra l'Europe en 2012. Leur diplôme de médecine reconnu au niveau européen leur permettra un retour en France qui souffre d'une pénurie de médecins.

Marie-Luce Pourci. Maître de conférences à l'université Paris 11, syndiquée au SNESUP.

Ils ont été nommés « apprentis médecins sans frontière » dans un reportage paru dans *Libération* (1). Ce sont les étudiants rejetés par le concours de médecine en France, à cause du *numerus clausus* qui limite, pour chaque université, le nombre de reçus en deuxième année (2). Ils ont refusé de renoncer à leur vocation – certains ont obtenu des notes largement au-dessus de la moyenne (3). Après leur échec aux concours, ils se sont mis à chercher dans les forums d'étudiants sur Internet quels pays pouvaient bien les accueillir pour devenir médecin.

Il s'agit, bien sûr, d'une minorité d'étudiants qui va accepter de s'expatrier. Parmi eux, des enfants issus de niveau social aisé. Mais aussi des étudiants de milieu plus modeste qui travaillent pendant les vacances scolaires pour payer leurs études – à l'hôpital ou dans les organismes humanitaires, etc.

Tout d'abord, ils partent à la recherche d'un pays francophone. La Belgique leur a refermé ses portes, mais la Roumanie a ouvert une faculté de médecine francophone qui accueille de nombreux étudiants français et tunisiens.

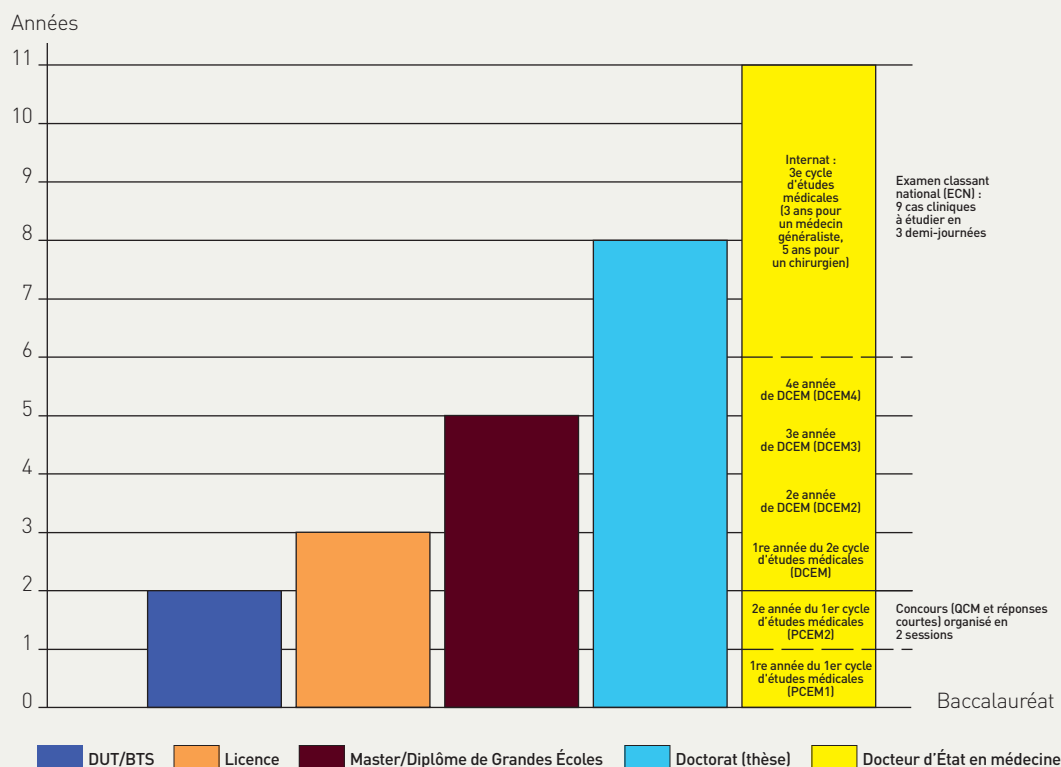
Réforme des études de médecine

UNE PREMIÈRE ANNÉE COMMUNE AUX ÉTUDES DE SANTÉ

La réforme des études de médecine prévoit l'instauration d'une première année des études de santé (L1 santé) commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme (1). Cette loi s'inspire, en grande partie, des conclusions d'un rapport de Jean-François Bach (2), secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. À partir de la rentrée 2010-2011, le L1 santé fusionnera sur une année commune les actuelles premières années du premier cycle des études de médecine (PCEM1) et de pharmacie (PCEP1). Les enseignements communs seront composés de neuf unités d'enseignement (UE), dont une spécifique par filière. À l'issue de cette première année, quatre concours distincts auront lieu : maïeutique (sages-femmes), médecine, odontologie et pharmacie.

1. Loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants publiée au Journal Officiel du 8 juillet 2009. 2. www.nouvelleuniversite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_JFBach_version_finale_20_02_08.pdf

ÉTUDES DE MÉDECINE UN MARATHON TRÈS SÉLECTIF



Une autre destination possible : la Croatie. Zagreb vient d'ouvrir une université en langue anglaise. Cette université à recrutement international a été créée pour attirer les enfants de la diaspora croate dispersés depuis la guerre. Parmi les étudiants, une vingtaine de Français a tenté l'expérience. Ils espèrent fortement que la Croatie rejoindra l'Union européenne en 2012. Leur diplôme sera ainsi reconnu comme diplôme européen et leur permettra un retour en France.

Notre pays connaît une véritable pénurie de médecins, aggravée par une répartition inéga-

le suivant les régions – les près de 7 000 médecins étrangers ne peuvent pas pallier ce déficit. Le *numerus clausus* reste toujours aussi bas (4) et la nature de la sélection demeure toujours aussi peu adaptée pour choisir les étudiants les plus motivés et compétents pour être médecin. Comment ne pas s'en offusquer ? La réforme de la première année est loin de répondre à de telles exigences. Souhaitons alors réussite à ces étudiants apprentis médecins sans frontière... ■

Marie-Luce Pourci

→ Notes/Références

1. *Libération*, 19 octobre 2009.

2. À titre d'exemple, le *numerus clausus* était de 350 places à l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine de l'université Paris-VII pour environ 2 100 inscrits en 2007.

3. Surnommés les reçus-collés, ces étudiants peuvent aussi faire valoir leurs résultats pour obtenir une équivalence leur permettant d'intégrer la deuxième année de biologie.

4. Depuis deux ans, il stagne à 7 400. Dans un communiqué «Numerus Clausus : une répartition toujours aberrante», l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) dénonce la répartition du nouveau *numerus clausus* qui pénalise les facs des grandes villes : www.anemf.org/-Espace-Presse-.html

INTÉGRATION DES ÉTUDES D'INFIRMIÈR(E) À L'UNIVERSITÉ

Un remède pour prévenir la pénurie de professionnels qualifiés

L'intégration des études d'infirmières à l'université doit être menée jusqu'au doctorat si l'on veut attirer et garder des professionnels qualifiés dans le contexte actuel de dégradation de l'hôpital public.

Béatrice Gaultier. Secrétaire générale du SNICS-FSU.

Au cœur du système de soins, la profession d'infirmière connaît un important problème d'attractivité. Il faudrait former chaque année 10 000 infirmier(e)s supplémentaires – nous en sommes à 20 000 diplômés par an pour un quota fixé à 30 000. Et ces professionnels abandonnent leur métier prématurément : tout secteur confondu, une carrière dure 12 ans en moyenne. Un des remèdes à cette désaffection passe par la poursuite de l'intégration des études d'infirmier(e) au système LMD et par des perspectives de carrière.

« Universitarisation » des études d'infirmières

L'intégration des études d'infirmières à l'université a fait l'objet d'une longue bataille, menée essentiellement par des syndicats infirmiers, dont le SNICS et des associations d'infirmier(e)s.

De nombreux pays européens ont déjà adopté cette « universitarisation » complète des études jusqu'au doctorat. Sous la pression de l'Europe, le ministère de la Santé a dû revoir sa réforme fondée exclusivement sur une logique de compétences (*cf. encadré*). À terme, toutes les professions paramédicales réglementées seront concernées par cette « universitarisation ».

Aujourd'hui, les études d'infirmières sont reconnues au grade de licence et les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur travaillent à la mise en place de masters pour

les formations d'infirmières – bloc opératoire, puériculture, anesthésie. Une réflexion s'engage pour proposer des masters de pratiques avancées en soins infirmiers dans plusieurs domaines – le premier master de ce type a été ouvert à la rentrée 2009 par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et l'Université de Marseille Méditerranée.

La formation dispensée à l'Université et celle guidée par la logique de compétences poursuivent des objectifs difficilement conciliables. Cette dernière a vocation à produire des savoir-faire pour pratiquer des actes, mais ne prépare pas aux transformations du métier. Les connaissances universitaires enrichissent les savoirs de base et préparent précisément à cette évolution. Elles permettent un développement personnel de l'étudiant nécessaire à la poursuite des études en master et doctorat. Ces enseignements universitaires pluridisciplinaires correspondent parfaitement au caractère généraliste de la profession d'infirmière qui prend en charge la santé dans sa globalité.

Le ministère de la Santé et celui de l'Enseignement supérieur vont devoir conjuguer ces deux logiques pour construire des parcours de formation qui permettent, en introduisant notamment la dimension de la recherche, d'apporter un haut niveau de qualité des soins, en phase avec l'évolution des besoins de santé de la population. Cette réforme des études doit



© KRISTIAN SEKULIC/FOTOLIA.COM

être menée jusqu'au bout si l'on veut attirer et garder des professionnels qualifiés dans le contexte actuel de dégradation de l'hôpital public.

Hôpital en crise

L'hôpital public traverse une crise majeure que la loi Hôpital, patients santé et territoire et le renforcement des compétences attribuées aux agences régionales de santé (ARS) vont aggraver. La réforme en cours conduit à l'obligation de rentabilité de tous les secteurs hospitaliers et renforce la concurrence public-privé. Au détriment du secteur public déjà lourdement pénalisé par la tarification à l'acte qui met particulièrement en difficulté les services de soins dits non rentables – prise en charge des maladies chroniques, des IVG...

Dans la nouvelle organisation, l'emploi devient la principale variable d'ajustement. La suppression de postes de soignants – dont ceux d'infirmiers – risque de se faire au mépris

de la qualité et de la sécurité des soins : augmentation du *turnover*, mobilité accrue, difficultés supplémentaires à s'adapter au pied levé aux exigences techniques et humaines, perte de la transmission des savoirs par les pair(e)s.

Négociations statutaires au point mort

L'État, au plus haut niveau, a pris des engagements – reconnaissance du niveau licence, intégration des études au système LMD –, mais ne passe pas à l'acte lors des négociations statutaires. Le ministère de la Santé a refusé, une nouvelle fois, la revalorisation de la profession d'infirmière en catégorie A type, qui ne ferait que sanctionner la responsabilité déjà assumée par la profession. Depuis 30 ans, les infirmières sont pénalement responsables de leurs actes. Responsables, mais pas titularisables dans la catégorie A type dont font déjà partie les sages-femmes ! ■

Béatrice Gaultier

Logique de compétence pour le cursus d'infirmière

L'EUROPE REFUSE LA PRESCRIPTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé a fait le choix, dès le départ (1), d'une construction de la formation d'infirmière guidée uniquement par la logique de compétences. Pour faciliter l'accès à ces études, il a proposé une simple validation des acquis de l'expérience (VAE). L'Europe a rejeté ce scénario, car il introduisait une diminution du temps de formation indispensable pour les professions de santé réglementées.

1. Sous le ministère de Xavier Bertrand.

PREMIERS SYMPTÔMES DE LA LOI BACHELOT

Les virus comptable et managérial identifiés

L'ensemble des organisations syndicales s'est opposé aux projets de décrets d'application de la loi Bachelot. Pour protester contre ses décrets sur la gouvernance, les syndicats du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière ont boycotté deux séances successives du conseil, qui n'a pas pu se tenir, faute de quorum.

Jean-Luc Gibelin. Responsable du collectif directeurs de l'Ufmict CGT.

Administrée en procédure d'urgence à l'Assemblée nationale dès février 2009, la loi Bachelot agit comme une piqure de rappel du versant santé de la Révision générale des politiques publiques (RGPP), voulue par le président de la République. Cette loi Hôpital, patients, santé et territoire, avec ses décrets, s'inscrit complètement dans la logique gouvernementale de réduction de la sphère publique et de restructuration des institutions de ce pays.

La loi Bachelot du 21 juillet 2009 signe un engagement particulier du président de la République, qui a prononcé plus de six discours de portée nationale sur le sujet. Pour autant, ce projet a rassemblé contre lui un très large refus de multiples organisations.

Ce fut le cas de l'ensemble des syndicats du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH), ainsi que du Conseil d'administration de la sécurité sociale (CNAMTS). Entre septembre et décembre 2009, toutes les organisations syndicales se sont opposées aux projets de décrets. Les cinq syndicats représentant les personnels de direction ont lancé une pétition nationale qui a connu un large succès (1).

Pour protester contre les projets de décrets sur la gouvernance, les organisations syndicales du CSFPH ont boycotté deux séances successives du conseil, qui n'a pas pu se tenir faute de quorum : une première ! Les décrets ont été publiés à la sauvette, le 30 et le 31 décembre 2009, sans concertation réelle.

Notre rejet de la loi et de ses décrets d'application s'explique par la confusion entre public et privé et le recul démocratique que l'ensemble entraîne.

Le public doit se priver

Les volontés de supprimer toute préférence au secteur public ou de tenter de gommer les différences entre public et privé apparaissent manifestes. Cette démarche typiquement idéologique instille la confusion. Il s'agit d'amener la population à considérer qu'il n'existe pas de différence entre le secteur public et privé.

La décision de confier des missions de service public à tout opérateur – public ou privé – contribue à entretenir cette mystification. Cette notion d'opérateur se trouvait d'ailleurs au cœur du processus de privatisation de France Télécom... Pour nous, il est complètement antinomique qu'un groupe financier ou un fonds de pension assure des missions de service public. Dans une économie capitaliste – même rénovée par le président Sarkozy –, le rôle d'un groupe financier consiste à dégager une marge de profits permettant d'augmenter les dividendes de ses actionnaires. C'est totalement incompatible avec la notion de réponse aux besoins de santé inhérente au service public.

Gouvernance versus instances

Le président de la République, comme la ministre ne cessent de plastronner que, grâce



à la loi, les hôpitaux auront un vrai « patron ». La réalité est tout autre. Les chefs d'établissement seront totalement sous la coupe des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS). Ils ne bénéficieront pas d'une autonomie de gestion et devront scrupuleusement mettre en œuvre la feuille de route établie par le directeur général de l'ARS (2).

Très utilisé dans le discours, le terme de *gouvernance* dissimule un très grave recul démocratique au sein des établissements hospitaliers. Cette régression se concrétise par la diminution du rôle du comité technique d'établissement (CTE) et la réduction des compétences de la commission médicale d'établissement (CME).

Cela se matérialise aussi par la transformation du conseil d'administration en conseil de surveillance. En français, les mots ont un sens. *Administrer*, consiste à délibérer, décider. *Surveiller*, c'est regarder ce que l'on veut bien vous montrer. Ce glissement qui ne se limite pas à la sémantique s'accompagne d'une diminution du nombre de membres du conseil et de la possibilité qu'il soit présidé par une personne qualifiée désignée par le directeur général de l'ARS – l'obligation de choisir à la présidence un élu qui a la légitimité du suffrage universel disparaît.

Territoires sous tutelle

Les agences régionales de santé voient leurs compétences élargies. Cet étage supplémentaire de la réforme engagée en 1996 avec les ordonnances Juppé vise à absorber les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales – DDASS et DRASS.

Les DDASS ont été mises en place en 1964, dans un contexte où la prise en compte du social n'était pas la plus développée. C'est pourtant à cette époque que l'État gaulliste décide de confier, à un service déconcentré du ministère

de la Santé, les affaires sanitaires et sociales qui étaient gérées par les services préfectoraux, en lien avec le ministère de l'Intérieur.

Plus de 40 ans après, on assiste à un recul considérable. Les ARS seront sous la compétence d'un conseil de surveillance présidé par le préfet de région, relevant directement du ministère de l'Intérieur qui exercera de fait sa tutelle sur les affaires sanitaires et sociales.

Le pouvoir insiste beaucoup sur la volonté de rapprocher les lieux de décisions des établissements et des professionnels. Il ne s'agit que d'un affichage. Les communautés hospitalières de territoire (CHT) consistent à regrouper en une seule entité juridique autonome les établissements sanitaires et médicosociaux publics d'un territoire de santé. Il est prévu environ 250 territoires de santé en France, alors qu'actuellement le secteur public compte 1 500 hôpitaux ou hôpitaux locaux et un millier d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Chacun comprendra que passer d'environ 2 500 entités autonomes à 250 n'est pas un gage de proximité, mais bien au contraire, un éloignement des lieux de décisions. Un rappel de bon sens à renouveler sans contre-indication ! ■

Jean-Luc Gibelin

→ Notes/Références

1. www.respectdesdirecteurs.org
2. Nous sommes dans une situation où les directeurs d'établissements de territoires seront sélectionnés, évalués par le directeur général de l'Agence régionale de santé qui déterminera aussi le régime indemnitaire. C'est donc lui qui fixera la « marche à suivre ». Nous sommes dans une fausse autonomie comme dans la loi LRU.

HÔPITAUX REGROUPÉS ET TARIF CONVENTIONNÉ ASSÉCHÉ

Loi Bachelot : tromperie sur l'accès aux soins

Sur certains territoires, ne subsisteront que des activités privées, ce qui aggravera encore les problèmes d'accès aux soins à tarif opposable. Les communautés hospitalières de territoire prévues par la loi permettront de fermer facilement des services hospitaliers sur des critères comptables.

Marie Kayser. Médecin généraliste, membre de la rédaction de la revue *Pratiques* (1).

« Une modernisation globale du système de santé, une réponse aux grands enjeux que sont l'accès de tous aux soins : la lutte contre « les déserts médicaux », a affirmé le ministre de la Santé lors de la présentation du projet de « loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » (HPST). Qu'apporte réellement cette loi Bachelot pour faciliter l'accès de tous aux soins ambulatoires (2) et hospitaliers et pour lutter contre les « déserts médicaux » ?

Consultation médicale sous conditions

Les soins ambulatoires sont abordés dans le titre II : « accès de tous à des soins de qualité ». Le législateur y a inscrit une définition large des soins de premier recours et des missions du médecin généraliste. Il prévoit la mise en place de maisons et de pôles de santé. Il s'est préoccupé de la filière de formation des généralistes. Il a ainsi obtenu le soutien actif ou tacite d'une partie des médecins libéraux.

Mais qu'en est-il en termes d'accès aux soins et de qualité de soins ? Rien dans la loi n'encourage la pratique du tiers payant – dispense d'avance de frais – ni celle de tarifs opposables – tarif conventionné entre l'assurance maladie et les praticiens conventionnés en secteur 1, qui n'autorise pas les dépassements d'honoraires.

Ces garanties pourtant indispensables pour favoriser l'accès aux soins ne sont pas prises en compte lors de l'attribution de la « dotation

de financement pour la qualité et la coordination des soins », accordée aux maisons de santé.

Concernant la lutte contre les refus de soins, le recul par rapport au projet de loi est total. Les députés ont inversé la charge de la preuve, au détriment des patients. Et les sénateurs ont supprimé la pratique des « tests aléatoires ». Ces tests auraient permis aux caisses d'assurance maladie de vérifier si les soignants pratiquaient des refus à caractère discriminatoire.

Aucune réponse n'est apportée aux difficultés d'accès géographique aux soins. Les mesures pour inciter les médecins à s'installer dans les zones déficitaires restent insuffisantes. Prévu pour 2012, le contrat « santé solidarité » obligeant, sous peine d'amende, un médecin de zone « surdense » à prêter main-forte en zone déficitaire semble très loin des conditions d'exercice de la profession.

Concernant la qualité des soins, la loi ne donne pas au généraliste les moyens de faire de la prévention et de s'occuper de santé. La rémunération de son activité reste liée au paiement à l'acte. Même dans le cas des maisons de santé, la dotation complémentaire censée favoriser les actions de prévention et d'éducation à la santé est attribuée à titre provisoire.

Les labos ne peuvent pas encore intervenir directement auprès des patients, mais toujours attentive à la santé de l'industrie pharmaceutique, la ministre a prévu que les firmes puis-



sent participer aux actions d'éducation thérapeutique mises en œuvre par les professionnels de santé ou les associations de patients. De plus, la loi remet en cause la spécificité de la formation conventionnelle des généralistes – une formation indemnisée et indépendante de l'industrie pharmaceutique.

Hôpital public étranglé financièrement

Régis par le titre I : « modernisation des établissements de santé », les établissements d'hospitalisation sont placés sous la responsabilité du directeur de l'agence régionale de

santé (ARS). Nommé par le ministère et sous sa tutelle, il a tout pouvoir sur le système hospitalier. Dans ses missions figure l'obligation d'adapter le système aux besoins de la population, mais aussi celle d'en maîtriser le coût.

La loi prévoit une affectation prioritaire de crédits aux établissements s'engageant dans des projets de coopération sous forme de « communauté hospitalière de territoire » (regroupement d'établissements publics) ou de groupements de coopération sanitaire (regroupement d'établissements publics et privés). Elle donne aussi pouvoir au directeur de l'ARS de dimi-

→

Accès aux soins

LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOURCE D'INÉGALITÉS

14 % des Français ont renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois, selon l'enquête santé protection sociale 2006 de l'IRDES (1). Près d'un tiers de ceux qui n'ont pas de couverture maladie complémentaire. « *L'accès à la couverture complémentaire santé reste très inégal en France* », souligne le rapport. En moyenne, 7 % des Français déclarent ne pas avoir de couverture maladie complémentaire. Calculé en pourcentage du revenu, le taux d'effort des ménages pour s'offrir une complémentaire santé est trois fois plus élevé pour les ménages les plus pauvres que pour les plus riches. Et l'effort n'est pas récompensé : « *les ménages les plus pauvres bénéficient de contrats offrant des garanties inférieures* ».

1. www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquésDePresse/ComPresseAutre/DossierPresseESPS2006.pdf

→ nuer les dotations et de prononcer des mesures autoritaires de regroupement si un établissement ne maîtrise pas ses coûts.

Quelles en seront les conséquences pour les patients en termes d'accès aux soins ? Les communautés hospitalières de territoire permettront, encore plus facilement qu'aujourd'hui, de fermer des services publics hospitaliers sur des critères de maîtrise des coûts.

Sur certains territoires, les groupements de coopération sanitaire ne laisseront subsister que des activités privées, ce qui aggravera encore les problèmes actuels d'accès aux soins à tarif opposable. Et quand cette offre sera trop limitée dans une région, l'ARS ne pourra pas intervenir auprès des cliniques privées, pour garantir un quota d'actes sans dépassements d'honoraires. L'amendement adopté par les députés qui lui donnait cette possibilité a été supprimé de la loi.

Parallèlement à la loi HPST, la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) se poursuit. Avec à terme, la convergence des tarifs publics et privés, ce qui défavorise le secteur public, qui prend en charge plus de cas lourds médicalement, plus de polyopathologies, moins d'actes programmés, plus de personnes à problèmes médicaux sociaux.

Renforçant les effets secondaires de la tarification à l'activité, la loi HPST va amplifier les diminutions de personnels administratifs et soignants et remettre en cause la qualité des soins effectués (3).

Cette loi, qui prétend agir au service des patients et de la qualité des soins, va, dans les



© ASTORIA/FOTOLIA.COM

faits, aggraver les inégalités sociales et géographiques d'accès aux soins.

L'hôpital public étranglé financièrement refusera-t-il les patients, faute de budget ? Redevendra-t-il un hospice ? ■

Marie Kayser

Dépassements d'honoraires médicaux

SANS TACT NI MESURE

En moins de 15 ans, les dépassements d'honoraires ont doublé en valeur réelle (1). Leur coût s'élève à 2 milliards d'euros par an. Ces dépassements sont pratiqués par des médecins du secteur 2 : 83 % des chirurgies, 60 % des obstétriciens, 55 % des ORL font partie de ce secteur à honoraires libres sans aucun plafond, dans la limite du « *tact et mesure* ».

1. www.sante.gouv.fr/htm/actu/depassements_honoraires/rapport.pdf

→ Notes/Références

1. *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* : www.pratiques.fr

2. Soins médicaux à domicile ou en consultation (chez un médecin ou à l'hôpital) qui ne nécessitent pas une hospitalisation.

3. La liste des difficultés est déjà longue : hospitalisations de plus en plus courtes, sorties de maternité très précoces, délais très importants pour avoir un rendez-vous à l'hôpital avec les spécialistes en secteur 1, retards de plusieurs mois pour recevoir les comptes rendus d'hospitalisation, fusion des urgences d'hôpitaux aggravant les délais d'attente, regroupements et fermetures de centres d'IVG sur la région parisienne...

CONTINUUM HÔPITAL-RECHERCHE

« Développer des interfaces très étroites entre cliniciens et équipes de recherche »

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PUPH), Joëlle Masliah et Germain Trugnan sont des biologistes impliqués dans le transfert de la recherche fondamentale vers l'hôpital. Pour eux, la recherche à l'hôpital dépend encore trop de la débrouillardise et de la bonne volonté des cliniciens et des PUPH issus de disciplines fondamentales.

Joëlle Masliah. Professeur de biochimie à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris 6), praticien hospitalier au CHU Saint-Antoine. Syndiquée au SNESUP.

Germain Trugnan. Professeur de biochimie et de biologie cellulaire à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris 6), praticien hospitalier au CHU Saint-Antoine. Syndiqué au SNESUP.

La spécialisation des centres hospitaliers universitaires va-t-elle favoriser les liens recherche-hôpital ?

→ **Joëlle Masliah :** La spécialisation des CHU devrait favoriser l'émergence de « pôles d'excellence ». Pour nous, cela risque de se faire au détriment des interfaces avec les autres disciplines. En recherche, les idées novatrices proviennent souvent du dialogue entre disciplines, ce qui est contradictoire avec cette hyperspécialisation. De plus, le mouvement de spécialisation s'accompagne de regroupements et de fermetures forcées de structures de hautes compétences – voir les projets de fermeture de Trousseau et de la maternité de Saint-Antoine, par exemple. Ce regroupement des hôpitaux est en cours et celui des CHU est en marche sur Paris. Nous vivons une époque où sous prétexte d'une lisibilité internationale et de la volonté de réunir une masse critique suffisante, on fabrique des monstres. Les contacts favorables au développement de la recherche relèvent eux du cas par cas. La spécialisation des CHU aura aussi un impact sur la politique de recherche. Elle risque de favoriser des thèmes ciblés au

détriment de la diversité. Des pans entiers de la recherche ont été ou seront abandonnés.

→ **Germain Trugnan :** La situation de la physiologie illustre ce débat toujours d'actualité. Cette discipline a été pratiquement abandonnée lors de l'avènement de la biologie moléculaire, quand on a pensé que cette dernière pourrait résoudre tous les problèmes... En fait, la biologie moléculaire a fait naître de nouveaux besoins, notamment en physiologistes, pour l'étude des animaux transgéniques, par exemple. Il a alors fallu former de nouvelles générations de physiologistes, à partir de ruines. La recherche biomédicale fourmille d'exemples de ce type. Donc la spécialisation n'est pas un facteur qui va favoriser les liens hôpital-recherche.

La recherche à l'hôpital doit-elle se spécialiser ?

→ **Germain Trugnan :** C'est une question complexe. Il faut, bien entendu, s'appuyer sur la très haute technicité des cliniciens hospitaliers, qui savent réaliser une typologie très fine des

→

→ pathologies. De ce fait, ils sont à même de poser des questions très précises, qui vont fournir des éléments précieux pour entreprendre une recherche de qualité. Cette recherche doit-elle pour autant être très spécialisée ? Dans la perspective d'une recherche très finalisée, la réponse est nécessairement positive. À l'inverse, dans la perspective d'une recherche visant à faire progresser le front des connaissances, il ne faudra pas limiter le champ d'investigation et donc ne pas restreindre les questionnements à des thématiques spécialisées.

→ **Joëlle Masliah** : Actuellement, la recherche la plus développée à l'hôpital est la recherche clinique. Souvent portée par des cliniciens, elle permet d'améliorer la connaissance clinique et de formuler de nouvelles hypothèses. La recherche translationnelle est souvent issue d'équipes de recherche fondamentale. Il peut s'agir de nouvelles technologies d'analyse, de nouveaux marqueurs, etc. Un clinicien a très peu de temps à consacrer à la recherche expérimentale. Il est donc important de développer des interfaces très étroites entre cliniciens et équipes de recherche.

Comment encourager ces interfaces ?

→ **Joëlle Masliah** : Les structures devraient être moins cloisonnées qu'à l'heure actuelle. Des liens existent sur le papier entre équipes de recherche et équipes cliniques. En pratique,

avec des cliniciens qui travaillent 60 à 80 heures par semaine à l'hôpital, au lit du malade, cela paraît difficile. Le directeur actuel de notre équipe de recherche est un clinicien qui a suivi une formation de chercheur : il a soutenu une thèse de science et effectué un postdoc dans un laboratoire de recherche. Cela lui donne une capacité de réaliser une réelle interface entre clinique et recherche. Ces interfaces privilégiées entre équipes de recherche et équipes hospitalières sont encore très difficiles à mettre en place et à maintenir, d'autant qu'elles ne bénéficient souvent d'aucun appui institutionnel.

Que faudrait-il faire ?

→ **Joëlle Masliah** : Il faudrait déjà commencer par favoriser les parcours de recherche pour les médecins hospitaliers. Actuellement, pour un médecin, faire de la recherche expérimentale relève du parcours du combattant. Au cours de leur parcours de formation, les internes en médecine ont la possibilité de faire une année recherche. Pour effectuer une thèse en laboratoire, le principal recours est trop souvent des bourses de bric et de broc. Pour trouver le temps de s'investir dans la recherche, un jeune clinicien ne peut compter que sur sa débrouillardise et sur la bonne volonté du service clinique qui l'accueille. Ce qui n'est pas nécessairement productif rapidement, surtout quand on exige d'eux une « rentabilité » hospitalière de plus en plus prégnante.

Cognitive, clinique ou translationnelle

LES RECHERCHES MENÉES À L'HÔPITAL

En sciences du vivant, la recherche cognitive, dénommée aussi recherche fondamentale, s'intéresse aux systèmes biologiques qui régissent la vie, sans se préoccuper immédiatement des applications éventuelles.

La recherche clinique s'intéresse à l'être humain, qu'il soit en bonne santé ou malade, dans tous les domaines qui concernent sa santé. En cancérologie par exemple, la recherche clinique se préoccupe du dépistage, du diagnostic de risque de cancer, des traitements, mais aussi du patient comme personne malade, dans son environnement. La recherche clinique utilise les outils statistiques et épidémiologiques. Elle se développe dans l'hôpital, au lit du malade ou en consultation, mais aussi en réseau avec les partenaires de la prise en charge du patient. Elle fait appel, directement ou indirectement, à tous les métiers d'un établissement hospitalier.

La recherche translationnelle doit assurer le lien entre recherche fondamentale et recherche clinique. Ses objectifs visent à :

- Transférer et interpréter, le plus vite possible, les connaissances nouvelles et les nouvelles technologies vers des applications diagnostiques et thérapeutiques, au bénéfice des patients.
- Assurer un continuum entre recherche et soins, en associant médecins, chercheurs et patients.
- Contribuer à la mise à disposition rapide des innovations validées en termes de rapport bénéfice/risque.

[Source : La recherche translationnelle : pour un transfert rapide des connaissances, conférence de l'Institut Gustave Roussy]



Cette demande d'interface peut-elle provenir de l'extérieur, par exemple des associations de malades ?

→ **Joëlle Masliah** : Les associations de malades ont un poids très fort. Y compris pour financer la recherche. Mais leurs appels d'offres restent, en général, très ciblés sur la ou les pathologies qui les préoccupent.

→ **Germain Trugnan** : Ces demandes peuvent aussi venir de disciplines scientifiques extérieures au secteur biomédical. Par exemple, des chimistes qui développent de nouvelles molécules. De leur côté, les médecins peuvent identifier d'éventuelles cibles pertinentes pour ces molécules et en découvrir de nouvelles

qui pourraient intéresser ces chimistes. Ce sont de vraies interfaces qu'il faudrait développer. On pourrait citer bien d'autres exemples d'interfaces à construire entre informaticiens et médecins, entre physiciens et médecins. Le cloisonnement actuel des équipes fait que ces demandes qui pourraient venir de l'extérieur de la médecine ne sont absolument pas prises en compte dans l'évaluation des chercheurs susceptibles de les formuler.

Faut-il favoriser la double formation doctorat de médecine et thèse de science ?

→ **Germain Trugnan** : Ce double cursus est déjà en place. Par exemple à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris 6), cela concerne environ 20

→

→ étudiants sur 400 chaque année. La sélection intervient très tôt, en début de deuxième année de médecine. Et les connaissances acquises lors de ces deux premières années de médecine ne préparent pas suffisamment à la démarche intellectuelle nécessaire à la recherche.

→ **Joëlle Masliah** : Cette double formation est balbutiante et touche peu d'étudiants. Ne faudrait-il pas envisager des passerelles plus tardives pour des étudiants qui développeraient un intérêt pour la science ? On s'oriente de plus en plus vers une formation médicale plus technique que véritablement scientifique. Cela ne favorise pas les relations avec les scientifiques.

→ **Germain Trugnan** : Je ne suis pas convaincu que le premier objectif de ce double cursus soit le développement de la recherche. Ne s'agit-il pas plutôt d'une procédure visant à identifier très précocement les futurs hauts cadres médecins et leur permettre de suivre une filière distincte des filières scientifiques classiques ?

La présence de professeur des universités-praticien hospitalier (PUPH) à l'hôpital favorise-t-elle ce continuum soins-recherche ?

→ **Joëlle Masliah** : Mis en place en même temps que les CHU, ce statut hospitalo-universitaire a été créé pour remplir cette mission. La fonction de PUPH devait permettre de garder les meilleurs médecins à l'hôpital et de favoriser les liens entre la recherche et le monde hospitalier. En théorie, les PUPH ont la liberté de répartir leur activité entre l'enseignement-recherche et leur mission hospitalière. En pratique, cela dépend de leur situation. Les PUPH sans charge de patients ont la possibilité d'équilibrer voire de favoriser la balance enseignement-recherche. Les PUPH cliniciens, qui s'occupent de malades, sont très pris à l'hôpital. Avec la réforme en cours à l'hôpital, cette situation va encore s'aggraver.

→ **Germain Trugnan** : La réalité de l'exercice du PUPH crée une grande frustration chez eux parce qu'ils ont très peu de possibilités de se consacrer à la recherche. Quand les PUPH cliniciens réussissent à se dégager une demi-journée dans la semaine pour venir dans un labo, ils s'investissent, avec enthousiasme, dans cette mission. L'hôpital fonctionne à flux tendu et tout est calculé par rapport à la rentabilité. Nous avons l'exemple d'un jeune chef de clinique. À la suite d'une thèse, il a eu l'opportunité de pour-

suivre en postdoc à Harvard, mais aucun poste n'a pu être créé pour le remplacer au sein de son service hospitalier. Ajoutons que quand on regarde l'évolution du nombre d'hospitalo-universitaires censés remplir les fonctions du triptyque recherche-enseignement-soins à l'hôpital, les disciplines fondamentales comme la biologie perdent des postes au profit des disciplines cliniques. Et pour un chercheur, cela sera de plus en plus difficile de devenir PUPH.

Ces conditions affectent-elles la qualité de la recherche à l'hôpital menée en France ?

→ **Germain Trugnan** : Malgré les difficultés, la qualité de la recherche, notamment le niveau des dossiers scientifiques, est comparable à celle de beaucoup de nos collègues américains qui bénéficient de bien meilleures conditions. Aux États-Unis, des centres de recherche authentiquement pluridisciplinaires ont été construits dans les hôpitaux. Nos collègues américains ont également moins d'enseignements – pour les disciplines fondamentales comme la biologie, la formation peut représenter une charge de travail importante. Et ils bénéficient de décharges : par exemple, pour faire de la recherche à temps plein pendant trois ans. En France, c'est pratiquement impossible, même avec les fameux contrats d'interface.

La réforme hospitalière va-t-elle aggraver cette situation ?

→ **Joëlle Masliah** : Agitant le chiffon rouge des déficits, les préoccupations de la réforme sont très loin de la recherche. Les projets de restructuration des centres de soins ont pour principal objectif de rendre l'hôpital plus rentable, les nouveaux groupes hospitaliers vont y perdre beaucoup de leur cohérence médicale. Les hôpitaux vont, eux aussi, se recentrer sur les pathologies spécialisées. On peut d'ailleurs se demander si le patient ne va pas devenir un malade spécialisé. On ne donnera que peu de moyens à l'hôpital pour faire de la recherche. C'est évident quand on analyse, pour Paris, les projets de l'AP-HP concernant l'évolution des moyens et du personnel soignant. Les conséquences néfastes de la tarification à l'activité vont bien au-delà de ce que l'on pouvait craindre dans nos pires cauchemars ! La recherche n'est clairement pas prioritaire dans ce système. Si elle se fait ailleurs, avec d'autres moyens, et que cela peut profiter aux malades, on s'en félicitera ! ■

Propos recueillis par Laurent Lefèvre

RECHERCHES EN SANTÉ

Les sciences sociales y participent et favorisent les relations interdisciplinaires

Pluridisciplinaires, les recherches en sciences sociales sur la santé développent des travaux empiriques, en particulier sur l'hôpital, les professions de santé, la vie avec des maladies graves. Constitué dans les années 1970, ce milieu de recherche se situe à l'articulation des mondes de la recherche, de l'administration et du corps médical.

Janine Pierret. Directrice de recherche honoraire au CNRS, syndiquée au SNCS.

Domaine réservé des sciences de la vie et du monde médical, la santé et avec elle la médecine, la maladie et le corps sont demeurés hors du champ des sciences sociales et de l'analyse sociologique jusqu'à la fin des années 1960. La situation se transforme au cours des années 1970 sous les effets conjugués de plusieurs évolutions.

Les événements de Mai 1968 ont contribué à dynamiser le développement de la sociologie et à la rendre visible. La dénonciation critique change le regard collectif sur la maladie, la santé et le corps, qui cessent d'être considérés comme hors du social, et met en lumière leur dimension politique. Dans cette conjoncture politico-intellectuelle, les médecins contestataires cherchent l'appui des sciences sociales pour nourrir leur réflexion critique sur le « pouvoir médical » et la « médicalisation ».

Émanant de l'administration et de l'État-planificateur, le développement d'une demande de recherche incitative conduit à une nouvelle organisation de la recherche : citons la création de la Délégation générale à la recherche scientifique et technique (DGRST) en avril 1961 et le Comité d'organisation des recherches appliquées sur le développement économique et social (CORDES) créé par le Commissariat général du Plan en juin 1969 (1).

À la même période, le CNRS met en place de nouveaux dispositifs d'animation de la recherche fondés sur les notions de réseau et de programmation : la recherche coopérative sur programme « Médecine et Société » en 1969, les actions thématiques programmées (ATP), dont la santé est l'un des huit thèmes dès le premier appel d'offres en 1971.

Les recherches ne sont pas étroitement liées à une discipline. Elles associent économistes, sociologues, psychosociologues – et parfois des anthropologues – pour développer des travaux empiriques, en particulier sur l'hôpital. Le milieu de recherche qui s'est constitué au cours de ces années se situe à l'articulation des mondes de la recherche, de l'administration et d'un segment du corps médical.

Soucieux de développer la santé publique, des médecins nouent des liens avec les sciences sociales dont ils attendent des outils pour penser les inégalités sociales de santé et pour élaborer une politique de santé mieux inscrite dans le contexte social. Les premiers chercheurs introduisent les thèmes de la santé, de la maladie et de la médecine dans l'enseignement universitaire. Ils participent même à une brève expérience de formation pluridisciplinaire de médecins et d'infirmières à Montrouge en 1969.

La recherche, en particulier en sciences sociales, connaît une nouvelle impulsion au

→



© PETRAFLER/FOTOLIA.COM

→ cours des années 1980, sous les gouvernements de la gauche. La recherche dans son ensemble constitue une priorité pour le développement du pays. L'idée de « valorisation économique et sociale » commence à circuler. La réalisation de ces objectifs s'inscrit dans certains principes comme la pluridisciplinarité. Aisément applicable au domaine de la santé, cette pluridisciplinarité se concrétisera au CNRS en 1984 par le programme « Santé, maladie, société ».

Les sciences de la vie s'ouvrent aux sciences sociales

De son côté, le monde des sciences de la vie s'ouvre plus largement aux sciences sociales. En 1984, l'Inserm crée l'« Intercommission des sciences humaines et sociales ». *« Pour développer les sciences sociales à l'Inserm, pour recruter des chercheurs et créer des unités, ce qui était l'objectif, un problème se posait : l'institut manquait de la capacité d'évaluation. C'est à partir de cette constatation qu'est née l'idée d'intercommission »*, explique Claudine

Herzlich, membre du comité de direction scientifique de l'Inserm [2]. Composée de médecins, d'épidémiologistes et de chercheurs en sciences sociales, l'objectif de l'intercommission est d'aider au développement des recherches dans ces disciplines. Après une mandature de quatre ans, les sciences sociales relèveront de la même commission que les biostatistiques et l'épidémiologie.

En association avec le CNRS et l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), l'Inserm crée le Centre de recherche médecine, maladie et sciences sociales (CERMES) en 1986.

L'épidémie de sida survient dans ce contexte. Pour y répondre, des dispositifs innovants sont mis en place, dès 1989, avec la création de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) qui finance des projets dans l'ensemble des disciplines, de la biologie moléculaire au droit.

Les mêmes mécanismes que dans la période précédente sont à l'œuvre : un nouveau

contexte sociopolitique avec un effort accru pour la recherche, une urgence sanitaire qui laisse la médecine et les médecins impuissants, une administration qui s'interroge et souhaite innover et la mobilisation des sciences sociales, au-delà des seuls spécialistes de la santé.

Avec le sida, d'autres segments de la profession médicale nouent des liens avec les sciences sociales : les cliniciens et les biologistes fondamentalistes. Et surtout un nouvel acteur fait son apparition : les malades et leurs associations.

La santé, au cœur de la pluridisciplinarité et de l'interdisciplinarité

Au cours de ces années, la pluridisciplinarité et/ou l'interdisciplinarité n'ont pas cessé d'être au cœur des préoccupations des organismes de recherche, sans que le contenu de ce qu'elles recouvrent soit très stabilisé. Pluridisciplinarité et interdisciplinarité concernent soit le travail effectué, soit l'équipe de recherche. Elles rassemblent des pratiques de recherche souvent fort différentes. Le champ de la santé constitue un thème central de cette démarche.

Associant CNRS et Inserm, sciences de la vie et sciences de l'homme et de la société, le programme « Sciences biomédicales, santé, société » finance, entre 2001 et 2006, un tiers de projets interdisciplinaires. En 2004-2008, le CNRS crée des commissions interdisciplinaires, dont la commission Santé et société qui relève des sciences de la vie et des sciences de l'homme et de la société.

Depuis une quinzaine d'années, des cursus universitaires de santé publique (3) ont développé des formations en sciences sociales – en particulier, la sociologie et l'économie.

À l'œuvre depuis les premières recherches sur la santé, la pluridisciplinarité mobilise plusieurs disciplines de sciences sociales (4) pour

travailler de façon parallèle et complémentaire sur un même objet.

L'interdisciplinarité demeure embryonnaire. Plus longue et plus difficile à réaliser, elle consiste à développer des projets et des relations de recherche entre sciences de la vie et sciences sociales. Produit d'une élaboration intellectuelle, elle se construit progressivement – parfois difficilement – au cours de réunions et de débats, afin de dégager des objets qui font sens dans les disciplines concernées. Ni « leitmotiv incantatoire » ni « recours imaginaire » (5), l'interdisciplinarité a connu des avancées et identifié les principales embûches de la confrontation entre disciplines ou entre chercheurs : l'opposition sur les méthodes et les concepts et la production d'un savoir synthétique.

Acquis des sciences sociales

Il est aujourd'hui admis que les sciences sociales ne sont ni le supplément d'âme des sciences du vivant, ni l'éclairage des facteurs sociaux, souvent confondus et réduits aux facteurs culturels.

Au-delà des déterminants des états de santé, la sociologie étudie les interactions entre la survenue d'une maladie et l'ensemble des mondes sociaux – à savoir, la médecine comme la famille, la vie professionnelle comme la vie amoureuse. Elle s'intéresse aussi bien aux personnes malades qu'aux professionnels de santé, à l'organisation des soins qu'aux politiques de santé.

Pour les sciences sociales, les phénomènes étudiés se doivent d'être resitués dans leur contexte historique, social et économique. La question de la santé qui concerne chacun d'entre nous se fait le miroir de ces conditions et s'y transforme pour se redéfinir d'une façon différente. ■

Janine Pierret

→ Notes/Références

1. Pour une analyse de l'organisation de la recherche à cette époque on pourra se reporter à : BEZES, P., CHAUVIÈRE, M., CHEVALLIER, J., de MONTRICHER, N., OCQUETEAU, F. (sous la direction de). *L'État à l'épreuve des sciences sociales*. Paris : La Découverte 2005. Collection « Recherches ». ISBN 2-70714-721-4.

2. Entretiens avec Claudine Herzlich (20 novembre 2000 et 1^{er} février 2006), S. Mouchet et J.-F. Picard : www.bit.ly/cxMYTZ

3. En particulier à Paris XI : www.ecole-sante-publique-psud.fr

4. Sociologie, économie, anthropologie, histoire.

5. Expressions de l'historien A. Burguière.

MUSTAPHA ZIDI, PROFESSEUR BIOMÉCANICIEN

« L'interdisciplinarité est mal comprise par nos évaluateurs »

À l'interface des sciences de l'ingénieur et du vivant, Mustapha Zidi poursuit ses recherches dans un laboratoire pluridisciplinaire intégré à la Faculté de médecine de Créteil et au CHU Henri-Mondor (1). Il constate au quotidien les difficultés pour mener des projets interdisciplinaires dans ces domaines fortement liés à la médecine.

Votre laboratoire rassemble chirurgiens, médecins, radiologistes, biologistes, et depuis janvier 2009, votre groupe qui étudie les contraintes mécaniques présentes dans les artères atteintes d'anévrisme (2). Comment passe-t-on de la pluridisciplinarité d'une équipe à l'interdisciplinarité des sujets de recherche ?

→ **Mustapha Zidi** : L'interdisciplinarité consiste à faire travailler ensemble des chercheurs de différents champs scientifiques, au même endroit, sur des projets communs, avec des cultures scientifiques croisées. Distincte de la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité vise à décroquer les différentes disciplines. Ensemble des applications de la mécanique et de ses méthodes à la médecine et à la biologie, la biomécanique cherche à mieux comprendre le fonctionnement des grands systèmes physiologiques aux échelles macroscopique, tissulaire et cellulaire. L'approche conjointe des sciences de l'ingénieur et des sciences du vivant donne un atout précieux pour ces recherches.

À quelles difficultés vous heurtez-vous ?

→ Certaines universités sont fortement marquées par la pluridisciplinarité – sciences technologiques, médecine, sciences de la vie. Dans cet ensemble pluridisciplinaire riche, les équipes

Inserm et CNRS confèrent un poids très important aux sciences biologiques humaines. Pour autant, lorsqu'il s'agit d'élaborer des projets de recherche ou de formation interdisciplinaires, les obstacles sont nombreux. Il nous a fallu beaucoup de temps et d'efforts pour créer l'institut supérieur des biosciences dont le but est justement de former des ingénieurs ayant une double culture – en sciences du vivant et de l'ingénieur – et de croiser ces deux cultures.

Est-ce difficile de financer les thèses et les postdocs de votre labo ?

→ Les écoles doctorales fonctionnent encore de façon cloisonnée, par discipline. À quelle école doctorale, faut-il présenter un diplômé d'une école d'ingénieur qui souhaite travailler sur ces projets interdisciplinaires ? À une école doctorale des sciences du vivant ou à celle des sciences de l'ingénieur ? Sur le terrain, nous constatons que, bien souvent, chacun se renvoie la balle et l'interdisciplinarité peine à avancer !

Et pour vos projets de recherche ?

→ Nous nous heurtons à la même difficulté. Et les appels d'offres réellement interdisciplinaires se font rares. Le plus souvent, ils sont très ciblés, pour telle discipline, avec tel expert

de la sous-discipline connaissant son propre domaine.

L'interdisciplinarité de vos recherches est-elle prise en compte dans l'évaluation ?

→ Je suis arrivé dans ce laboratoire au moment de son évaluation par l'AERES. Dans le cadre du plan quadriennal, nous avons déposé un projet interdisciplinaire en biomécanique. Notre surprise a été relativement grande puisque au cours de l'expertise, les évaluateurs – issus de disciplines biologiques ou médicales – n'ont pas forcément tout saisi sur le caractère interdisciplinaire de notre projet. Dans leur rapport, l'interdisciplinarité a été assez mal comprise. Les structures qui nous évaluent n'ont pas encore complètement cette culture de l'interdisciplinarité.

La direction du CNRS a annoncé un objectif, d'ici à 2013, de désassociation de plus de 50 % des unités mixtes de recherche (UMR). Cette politique va-t-elle amplifier ce cloisonnement ?

→ À l'issue de l'évaluation de l'AERES, notre équipe a subi cette délabellisation qui a d'ailleurs commencé avec quelques UMR de la vague C et qui se poursuit. Le CNRS et le ministère de la Recherche se sont appuyés sur le rapport de l'AERES. Quand j'ai intégré le labo, c'était encore une UMR. Quelques mois après l'évaluation AERES, on a appris que notre unité était transformée en équipe d'accueil conventionnée (EAC). L'objectif est connu : il s'agit *in fine* de supprimer ce type de laboratoire.

Comment avez-vous réagi ?

→ Nous avons protesté auprès de nos tutelles en arguant que cela affaiblissait nécessairement le potentiel et la lisibilité de recherche

de notre université. La commission d'Aubert a, d'ailleurs, recommandé le maintien de cette double tutelle (CNRS/université), notamment pour rendre attractives les structures de recherche. Cet avis a été largement partagé par la communauté scientifique.

Comment encourager l'interdisciplinarité ?

→ Des équipes et de jeunes chercheurs aimeraient faire de l'interdisciplinarité. Malheureusement, certaines équipes délaissent ces thèmes de recherche pour se tourner vers les priorités du moment imposées par nos tutelles. Il faut comprendre les hésitations des jeunes chercheurs qui se posent des questions sur leur carrière et sur la façon dont ils vont être évalués. Dans les domaines des sciences de l'ingénieur et des sciences du vivant fortement liés à la médecine, l'interdisciplinarité est à la peine. Ces difficultés se retrouvent aussi ailleurs. Par exemple, à l'interface, sciences du vivant-médecine/sciences humaines.

Nous n'aurions pas en France une culture de l'interdisciplinarité ?

→ Au Canada, aux États-Unis, et même dans certains pays européens, l'interdisciplinarité est beaucoup plus en avance. Au Canada par exemple, vous avez des centres de recherche avec, au même endroit, des médecins, des biologistes, des mathématiciens, des imageurs qui travaillent en symbiose. Ce qui compte, c'est le projet de recherche. Cela ne veut pas dire qu'en France à tel endroit, les choses n'avancent pas, mais globalement, nous fonctionnons de façon cloisonnée. Travailler sur des projets interdisciplinaires reste malheureusement encore un handicap. ■

Propos recueillis par Laurent Lefèvre

→ Notes/Références

1. Les thèmes du laboratoire « Cibles, biotechnologies, techniques interventionnelles et évaluation pour la régénération tissulaire » font partie des enjeux actuels de la recherche médicale : la possibilité de réparer une artère atteinte d'anévrisme par régénération tissulaire, notamment grâce à la thérapie cellulaire. Ces recherches participent au développement de la médecine régénérative.
2. Ce groupe de recherche développe des modèles de remodelage et de régénération tissulaire du point de vue biomécanique afin d'étudier les distributions de contraintes dans la paroi artérielle. À l'interface des sciences de l'ingénieur et de la vie, les approches devraient permettre (i) une meilleure compréhension des mécanismes qui interviennent au cours de la régénération tissulaire dans le cas de l'anévrisme, (ii) de quantifier certains paramètres mécaniques traduisant le degré de réparation par les thérapies cellulaires proposées.

COMMENT RECONNAÎTRE L'EXPERTISE DES MALADES ET DES USAGERS

Les associations de malades et d'usagers au cœur de la démocratie sanitaire

Les associations de malades siègent au conseil d'administration et au conseil scientifique de l'Agence nationale de la recherche sur le sida. Elles contribuent à l'élaboration des actions de recherche, examinent et donnent leurs avis sur les projets, notamment ceux d'essais cliniques.

Vololona Rabearisoa. Professeur de sociologie à Mines-ParisTech.

Les associations de malades et d'usagers s'affirment aujourd'hui comme acteurs incontournables des politiques de santé. Dans de nombreux pays d'Europe occidentale et en Amérique du Nord, des mesures législatives instituent ces associations comme parties prenantes dans la gouvernance des questions de santé.

En France, la loi de santé publique de 2002 (1) révisée en 2004 (2) prévoit que les malades et les usagers soient représentés dans les instances hospitalières ou de santé publique. Au Royaume-Uni, le Health and Social Care Act promulgué en 2001 inscrit dans la loi l'obligation, pour les National Health Services (NHS), d'associer les groupes de patients et d'usagers dans l'élaboration et l'évaluation des politiques de soin. Nous pourrions multiplier les exemples : tous montrent, à des degrés divers, l'instauration et la consolidation d'une démocratie sanitaire (3).

Interlocuteurs compétents et légitimes des institutions

Ce phénomène est le fruit d'une dynamique complexe qui a conduit à l'« empowerment » progressif des associations. Cette expression désigne la redistribution des pouvoirs entre



les professionnels et les malades et usagers dans l'orientation et la conduite des politiques de santé. Elle traduit également la reconnaissance de cette distribution. Concernés au premier chef par ces politiques, les malades et les usagers détiennent une expertise, fondée sur leur expérience, qui fait d'eux des interlocuteurs compétents et légitimes des institutions.

L'une des manifestations les plus éloquentes de cet « empowerment » est l'intervention d'un nombre croissant d'associations de malades dans la recherche sur leurs pathologies. En France, les associations de lutte contre le sida

se sont mobilisées dès les débuts de l'épidémie. Elles n'ont cessé de confronter les connaissances produites par les scientifiques à l'expérience de leurs membres pour faire entendre et étayer leurs demandes. Cette action a abouti, entre autres, à la mise en place de protocoles compassionnels afin de faciliter l'accès des malades aux essais cliniques de molécules innovantes (4).

Créée en 1992, l'Agence nationale de la recherche sur le sida (ANRS) reconnaît la place essentielle des associations et l'importance de leur expertise : elles siègent à son conseil d'administration et à son conseil scientifique, contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions de recherche, examinent et donnent leurs avis sur les projets soumis, notamment les projets d'essais cliniques. Ainsi, l'ANRS a établi une nouvelle alliance entre instituts de recherche et de santé, administrations et associations, dans un domaine – la recherche – longtemps considéré comme relevant des seules compétences et prérogatives des spécialistes.

D'une façon tout aussi innovante quoique différente, l'Association française contre les myopathies (AFM) s'emploie à collecter et à discuter l'expérience des familles avec les chercheurs et les cliniciens, pour élaborer ses appels d'offres de recherche sur les maladies neuromusculaires. C'est le même souci qui l'anime lorsqu'elle crée le Généthon au début des années 1990, afin de lancer la cartographie du génome humain et l'identification des gènes des maladies qui la concernent. Ce laboratoire de recherche administré et financé quasi exclusivement par une association de malades constitue un cas unique en France.

Dans la foulée, l'AFM rédige le projet Genopole d'Évry, remis à Jacques Chirac, alors président de la République. Ce projet définit les bases d'un partenariat entre l'État et l'association dans le domaine de la génomique (5).

Avec d'autres associations de malades, l'AFM contribuera à l'émergence des maladies rares comme problème de santé publique (6). Un premier Plan national maladies rares a été mis en œuvre en 2005 (7). Dans le cadre de ce plan, les associations participent, par exemple, à la commission chargée d'examiner les candidatures des laboratoires et services qui postulent pour être centres de référence sur ces maladies.

Démocratie sanitaire sous condition

Si nous devons tirer une seule leçon de ces expériences, retenons que les associations de

malades et d'usagers ont légitimement voix au chapitre dans les politiques élaborées en leur nom et à leur intention. Elles tiennent leur légitimité de leur capacité à confronter et à articuler l'expérience et les attentes des malades et des usagers, aux connaissances et projets des professionnels.

Ces expériences pionnières ne doivent pas faire oublier que leur rôle et leur place dans les instances auxquelles elles participent sont variables. Depuis des situations où elles sont considérées, au nom de leurs compétences propres, comme des parties prenantes légitimes. Jusqu'aux cas où leur présence relève d'une représentation politique ou symbolique des malades et des usagers, sans que cela n'affecte les opérations auxquelles elles sont associées.

Envisager ou mettre en œuvre des expériences de démocratie sanitaire invite à se poser trois questions. Selon quels mécanismes les différentes parties prenantes sont-elles identifiées ? Quels sont les procédures et les dispositifs qui permettent aux parties d'exprimer leurs expériences, leurs préoccupations et leurs attentes ? Quelles sont les règles d'exercice des prérogatives et de partage du pouvoir entre les parties ? En l'absence de réponses à ces questions, la démocratie sanitaire risque de se réduire à une simple « institutionnalisation » des associations. ■

Vololona Rabeharisoa

→ Notes/Références

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.
2. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004.
3. AKRICH, M., NUNES, J.-A., PATERSON, F., RABEHARISOA, V. *The Dynamics of Patient Organizations in Europe*. Paris : Presses de l'École des mines, 2008. ISBN 2-35671-007-8.
4. BARBOT, J. *Les Malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris : Balland, 2002. ISBN 2-715813-99-6.
5. RABEHARISOA, V., CALLON, M. *Le Pouvoir des malades. L'Association Française contre les Myopathies et la recherche*. Paris : Presses de l'École des mines, 1999. ISBN 2-911762-17-6.
6. En majorité d'origine génétique, ces pathologies rares ont été retenues comme une des cinq priorités de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.
7. Pour la période 2005-2008. Un second plan national est en cours d'élaboration pour 2010-2014.

CONNAISSANCE OU BARBARIE NÉOLIBÉRALE ET DIRIGISTE

Un enjeu pour l'Europe de la recherche et le Collectif printemps 2010

La stratégie de Lisbonne insuffle en Europe la concurrence généralisée sur le Marché commun de la connaissance. Objectif unique : la compétitivité de l'économie. La fascination concurrentielle n'a pas toujours animé la vie scientifique. Le Collectif printemps 2010 continue de porter un espoir au niveau européen.

Michel Blay. Directeur de recherche au CNRS, syndiqué au SNCS.

En mars 2010, le sommet des chefs d'État et de gouvernement de l'Union européenne sera l'anniversaire des 10 ans de la stratégie de Lisbonne. Une stratégie maintenant bien connue qui, en 2000, s'était fixé pour objectif que l'Union européenne devienne « l'éco-

nomie la plus compétitive et la plus dynamique du monde ».

À cette fin, l'espace européen de la recherche a été créé, pour organiser la production, l'échange et la valorisation des savoirs, suivant le modèle du Marché commun. Sans pour autant favori-

Les 10 ans de la stratégie de Lisbonne

LE COLLECTIF PRINTEMPS 2010 PRÉPARE UN CONTRE-SOMMET

Les réformes de l'enseignement supérieur et de la recherche menées en France sont la déclinaison nationale d'un projet européen (Lisbonne 2000), appliqué dans la plupart des pays européens. Le Collectif printemps 2010, ensemble de syndicats (1) et d'associations résolu à contester et à combattre la mainmise du marché sur l'enseignement supérieur et la recherche, a invité des collègues de divers pays d'Europe à échanger des informations sur l'état des mobilisations dans leurs pays au cours de l'hiver 2008/2009. La journée de rencontre européenne « Pour une autre Europe du savoir » s'est tenue le samedi 30 mai 2009 au 104 dans le 19^e arrondissement de Paris. Des propositions ont été faites afin de préparer le contre-sommet du printemps 2010 qui doit se tenir pendant le sommet des chefs d'État préparant un « Lisbonne 2 », à la mi-mars prochain.

Pour toutes informations complémentaires : www.printemps2010.eu

1. Dont le SNCS et le SNESUP.

ser l'intégration des travaux et des recherches des pays de l'Union dans une communauté intellectuelle.

Comme chacun peut l'observer, à l'Université comme dans les organismes de recherche, la concurrence s'est installée. Tous les acteurs de la vie scientifique y sont soumis au moyen de techniques managériales. L'esprit compétitif a vocation à souffler, dans les laboratoires comme dans les pays et les institutions.

N'y a-t-il donc pas d'autres modèles pour construire une Europe des savoirs et de la connaissance ? Par exemple, une Europe « *de la recherche libre et désintéressée* », comme le souhaitait déjà Thomas Mann en 1937 dans son *Avertissement à l'Europe* (1).

La connaissance, notre champ commun

La fascination concurrentielle – dont on voit à chaque instant les méfaits – n'a pas toujours animé la vie scientifique. Sans idéaliser un passé qui ne fut pas toujours irénique, il ne faut pas oublier que des communautés savantes ont existé. Se prêtant à l'émulation et à la critique, elles avaient conscience que leur travail – indépendamment des prétentions des pouvoirs à l'organiser – s'inscrivait dans un champ commun : celui de la connaissance et d'une certaine façon d'en concevoir la valeur inaliénable.

La science n'a pas surgi après la Deuxième Guerre mondiale, mais il y a bien plus longtemps, au cœur du bassin méditerranéen – entre Athènes et Alexandrie, Bagdad, Rome et Cordoue. Avant que ne s'établisse une sorte de première Europe, celle de l'Empire carolingien de Charlemagne.

De telle sorte qu'ensuite pendant la période médiévale, s'élabore, progressivement, l'espace géographique d'une pensée et d'une culture particulière traversée d'apports grecs, arabes et byzantins – repensés, réfléchis, chris-

tianisés et reconstruits au gré de la redécouverte des textes anciens.

Cet espace des savoirs fournit un terreau pour les transformations des ^{xvi}^e et ^{xvii}^e siècles. Ce sera l'avènement, à travers l'Europe déjà semée d'universités, des Académies – lieux de travaux collectifs et d'échanges d'un pays à l'autre. Les voyages se multiplient, les échanges de correspondances s'amplifient, la presse scientifique naît et surgit ce que l'on appelle la République des lettres. L'Europe de la recherche, sans concurrence généralisée, est là !

Penser autrement la recherche en Europe

Il ne s'agit pas de remonter le temps, mais d'affirmer que l'on peut penser autrement la recherche en Europe. Ce n'est pas en proposant à l'ensemble des jeunes scientifiques européens, le modèle actuel que l'on verra les vocations se multiplier. Bien au contraire : la fuite s'impose ! Il y aurait tant à faire pour le savoir et sa démocratisation, en redonnant toute sa place à la visée de connaissance et à « *la lutte de l'humanité pour sa compréhension* » (2).

Voilà bien une tâche autrement attirante et exaltante que l'asservissement à la sombre barbarie organisée, du tous contre tous, où nous entraîne, aujourd'hui, la version néolibérale de la recherche et de l'enseignement. Impulsées au niveau européen par le collectif printemps 2010, la mobilisation et la lutte sont un devoir. Il en va, comme à d'autres sombres époques, non pas seulement de la science, mais de la liberté de connaître de chacun et d'une certaine idée de l'humanité et de sa tâche. ■

Michel Blay

→ Notes/Références

1. Thomas Mann, *Avertissement à l'Europe*. Préface d'André Gide, traduit de l'allemand par Rainer Biemel, Paris, Gallimard, 1937, p. 33.
2. Edmund Husserl, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, traduit de l'allemand par Gérard Granel, Paris, Gallimard, 1976, p. 19. Ces écrits datent de 1935-1936.

RECRUTEMENT DES CHERCHEURS HANDICAPÉS AU CNRS

Les concours doivent appliquer la loi des 6 % de handicapés

Les cinq postes à pourvoir en 2010, au concours CNRS réservé aux chercheurs handicapés, restent insuffisants. Pour remplir la condition de recrutement de 6 % de personnes handicapées exigée par la loi, il faudrait en ouvrir entre 6 et 12.

Pascale Pellerin. Chercheuse reconnue handicapée, actuellement sans poste, syndiquée au SNCS.

Comme dans le secteur privé, tout employeur public est tenu d'employer des personnes handicapées, à hauteur de 6 % de ses effectifs (1). Depuis le 1^{er} janvier 2006, le non-respect de cette obligation entraîne des sanctions financières (2). Quelle est la situation au CNRS visé par cette procédure et quelles réponses apporte-t-il à cette question du recrutement des chercheurs handicapés ?

Pourquoi cette loi

Le handicap est encore largement perçu comme un obstacle, une impossibilité de mener à bien son travail, et de s'intégrer dans une équipe, au même titre que les autres salariés.

Cette appréhension reste particulièrement forte dans la fonction publique, où le licenciement des titulaires n'a pas cours. Il est compréhensible que des inquiétudes, des doutes persistent quant à l'intégration des handicapés, au sein du CNRS comme partout ailleurs.

Difficultés d'organiser un concours unique

Cette solution aurait rencontré de nombreux obstacles. Au nom de la « loi des 6 % », ce concours aurait entraîné le recrutement de chercheurs reconnus handicapés placés après d'autres. D'où le sentiment que le recrutement soit perçu comme une faveur pour la personne handicapée, qui serait recrutée non en fonction de l'intérêt de sa valeur scientifique, mais en raison de son handicap.

L'idée d'un recrutement spécifique pour les handicapés peut donc se comprendre. Bien que ce ne soit écrit dans aucun texte, il est fortement recommandé aux personnes reconnues handicapées de passer les deux concours.

Concours réservé aux chercheurs handicapés

Les candidats reconnus handicapés passent un concours, le même que celui du recrutement classique. C'est la seule procédure de recrutement qui existe aujourd'hui. Elle n'est pas ouverte aux titulaires de la fonction publique. Ce qui permet au demeurant la création de nouveaux postes.

Les candidats ne peuvent se présenter que si les laboratoires qui veulent les recruter en font la demande auprès des instituts. Ces laboratoires doivent figurer ensuite sur le site concours du CNRS. Ils doivent avoir été identifiés par les directions scientifiques comme susceptibles d'accueillir un chercheur handicapé. Mais on imagine assez mal ces dernières contacter les laboratoires et leur demander s'ils disposent de rampes ou d'ascenseurs. Cette procédure alourdit le recrutement au lieu de le simplifier. Elle illustre la difficulté de recrutement des chercheurs handicapés au CNRS.

Ce concours donne lieu à un CDD d'un an, renouvelable une fois, puis permet la titularisation. Dans le concours « classique », les candidats sont titularisés, en principe, au bout d'un an. Pourquoi cette discrimination ?

Lorsqu'un chercheur handicapé postule, il ignore dans quel grade il sera recruté. Or le recrutement par voie contractuelle s'adresse en priorité « à de jeunes chercheurs », précise une note de la direction de décembre 2007 adressée aux instituts.

Certains chercheurs handicapés postulent, parfois, à un âge assez avancé. Cela ne devrait pas être un obstacle à leur recrutement, puisque la limite d'âge a été supprimée (3) et qu'auparavant la reconnaissance de travailleur handicapé permettait de se présenter sans limites d'âge. Les candidats pourraient être recrutés en CR2 ou en CR1, en fonction de leur âge ou de la qualité et de la quantité de leurs recherches.

Le fait que les candidats se présentent tardivement à ce concours s'explique par l'hésitation de certaines personnes à déclarer leur handicap ou à demander une reconnaissance

de travailleur handicapé. Outre l'impact psychologique de cette démarche difficile, ces personnes savent que cette reconnaissance peut leur interdire l'accès à un emploi.

Efforts insuffisants

Si la possibilité offerte aux handicapés d'intégrer le CNRS est une bonne chose, le nombre de postes reste largement insuffisant. Trois recrutements ont eu lieu en 2008, quatre en 2009, cinq postes sont à pourvoir en 2010. Pour que le CNRS remplisse réellement sa mission d'intégration des handicapés, il faudrait ouvrir entre 6 et 12 postes par an, au minimum, et recruter tous les candidats classés par les sections du Comité national.

Le CNRS a fait quelques efforts. La direction des ressources humaines a « offert », en 2009, une journée de formation sur « l'accompagnement du recrutement et de l'intégration de personnes en situation de handicap », destinée aux directeurs de laboratoires et directeurs d'équipe du CNRS. Tout cela reste modeste et ne permet pas de remplir la condition de recrutement de 6 % comme l'exige la loi.

La question du recrutement des handicapés se pose simultanément à celles de la diminution en proportion des postes de titulaires et de la précarisation des chercheurs. Nous ne saurions opposer le recrutement des handicapés au reste des chercheurs. Exigeons au moins que le concours handicap se fasse selon les mêmes modalités que le concours classique.

Le SNCS a un rôle majeur à jouer dans l'intégration des chercheurs handicapés au sein du CNRS. Ne laissons pas faiblir la défense du droit des handicapés, souvent rejetés en marge du système social. Exigeons des postes de titulaires pour tous et pour toutes. ■

Pascale Pellerin

→ Notes/Références

1. Voir la loi n° 87-157 du 10 juillet 1987.

2. Contributions versées au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

3. La limite d'âge a été supprimée, en 2005, dans tous les concours de la fonction publique par l'ordonnance n° 2005-901 du 2 août 2005.

LA VIE DE LA RECHERCHE (VRS)

ABONNEMENT ANNUEL • 4 NUMÉROS PAR AN

☐ Individuel (25€) ☐ Institutionnel (50€)

Prix au numéro : 8€

(Abonnement facultatif pour les adhérents du SNCS et du SNESUP)

Institution :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Courriel :

Tél. : Télécopie :

Mobile : Dom. :

Merci de nous renvoyer ce bulletin complété avec votre règlement à l'adresse suivante :
SNCS, 1 place Aristide Briand, 92 195 Meudon Cedex.

ADHÉSION

66 % de la cotisation est déductible de l'impôt sur le revenu.



☐ M^{me} ☐ M^{lle} ☐ M.

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

Courriel :

Tél. : Télécopie :

Mobile : Dom. :

Adresse personnelle :

Souhaitez-vous recevoir la presse du syndicat :

☐ au laboratoire ☐ à votre domicile

EPST : ☐ CEMAGREF ☐ CNRS ☐ INED

☐ INRA ☐ INRETS ☐ INRIA

☐ INSERM ☐ IRD ☐ LCPC

EPIC (précisez) :

Autre organisme (précisez) :

☐ Délégation régionale :

☐ Administration déléguée :

☐ Section scientifique du Comité national :

☐ Commission scientifique spécialisée :

Grade : Échelon : Indice :

Section locale SNCS :

☐ ADHÉSION ☐ RENOUVELLEMENT

Prélèvement automatique par tiers (février, juin, octobre) : n'oubliez pas de joindre un RIB ou RIP. **Chèque** à l'ordre du SNCS ou CCP 13904 29 S PARIS. • **À adresser à la trésorerie nationale** : sncs3@cnrs-bellevue.fr — Tél. : 01 45 07 58 61.

Pour connaître le montant de votre cotisation, reportez-vous à la grille consultable sur le site du SNCS :

<http://www.sncs.fr/IMG/pdf/Bulletinadhesion2007.pdf>

SYNDICAT NATIONAL DES CHERCHEURS SCIENTIFIQUES [SNCS-FSU]

1, place Aristide-Briand — 92 195 Meudon Cedex

Tél. : 01 45 07 58 70 — Télécopie : 01 45 07 58 51

Courriel : sncs@cnrs-bellevue.fr

CCP SNCS 1390429 S PARIS — www.sncs.fr

FORMULAIRE 2009/10

☐ ADHÉSION

☐ RENOUVELLEMENT

☐ MODIFICATION



☐ M^{me} ☐ M^{lle} ☐

Nom :

Prénom :

Tél. (domicile/portable) :

Établissement & Composante :

Année de Naiss. :

Tél./Fax (professionnel) :

Discipline/Sec.CNU :

Catég./Classe :

Unité de Recherche (+ Organisme) :

Courriel (très lisible, merci) :

Adresse Postale (pour Bulletin et courriers) :

Si vous choisissez le prélèvement automatique, un formulaire vous sera envoyé à la réception de votre demande et vous recevrez ensuite confirmation et calendrier de prélèvement. **La cotisation syndicale est déductible à raison de 66 % sur vos impôts sur le revenu. L'indication de votre adresse électronique usuelle** est de première importance, pour une information interactive entre le syndicat et ses adhérents, tant pour les questions générales, que pour le suivi des questions personnelles.

Les informations recueillies dans le présent questionnaire ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure que pour les seules nécessités de la gestion ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Elles pourront donner lieu à exercice du droit d'accès dans les conditions prévues par la loi n° 78-11 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978.

SYNDICAT NATIONAL DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR [SNESUP-FSU]

78, rue du Faubourg Saint-Denis — 75 010 Paris

Tél. : 01 44 79 96 10 — Télécopie : 01 42 46 26 56

Courriel : accueil@snesup.fr

www.snesup.fr

Date + Signature

EN LIBRAIRIE

Isabelle Bruno, Pierre Clément, Christian Laval

LAGRANDE MUTATION

NÉOLIBÉRALISME ET ÉDUCATION EN EUROPE

L'avenir de nos écoles et de nos universités se décide de plus en plus à l'échelle européenne. Encore mal connue, la politique de l'Europe en matière d'éducation reste peu visible alors même que son influence s'accroît. Connaître le sens de la « stratégie de Lisbonne » et du processus de Bologne », c'est se donner la possibilité de mieux comprendre la grande mutation de nos institutions d'enseignement. C'est aussi comprendre le projet de société que l'Union européenne met en œuvre au travers des réformes nationales en se servant de relais multiples et parfois inattendus à l'intérieur de chaque pays.

L'enjeu de cette politique néolibérale est considérable. En rupture avec les bases humanistes de l'école, elle fait de cette dernière un instrument au service exclusif de la compétitivité économique dans le cadre du capitalisme globalisé. Par là, elle menace la formation de citoyens libres et le développement de la pensée et de la science.

De la mise en concurrence des écoles à la pédagogie des compétences, de l'évaluation quantitative à l'augmentation des droits universitaires, du pouvoir managérial à la professionnalisation généralisée des cursus, une cohérence s'impose par touches successives à tous les niveaux de l'enseignement : le projet de construire un « marché européen de la connaissance ».

Partout en Europe les mêmes réformes régressives engendrent des mobilisations qui demandent aujourd'hui à être coordonnées. Dans toutes les langues de l'Europe, les mots d'ordre disent un même refus de l'« école-entreprise » et de la « connaissance-marchandise ».

Le message de ce livre fortement documenté est clair : mieux connaître la politique européenne en matière d'éducation et de recherche, c'est se donner les moyens d'engager la lutte sur le terrain transnational où seule désormais elle peut être gagnée.



Pour commander

Par mail : institut@institut.fsu.fr

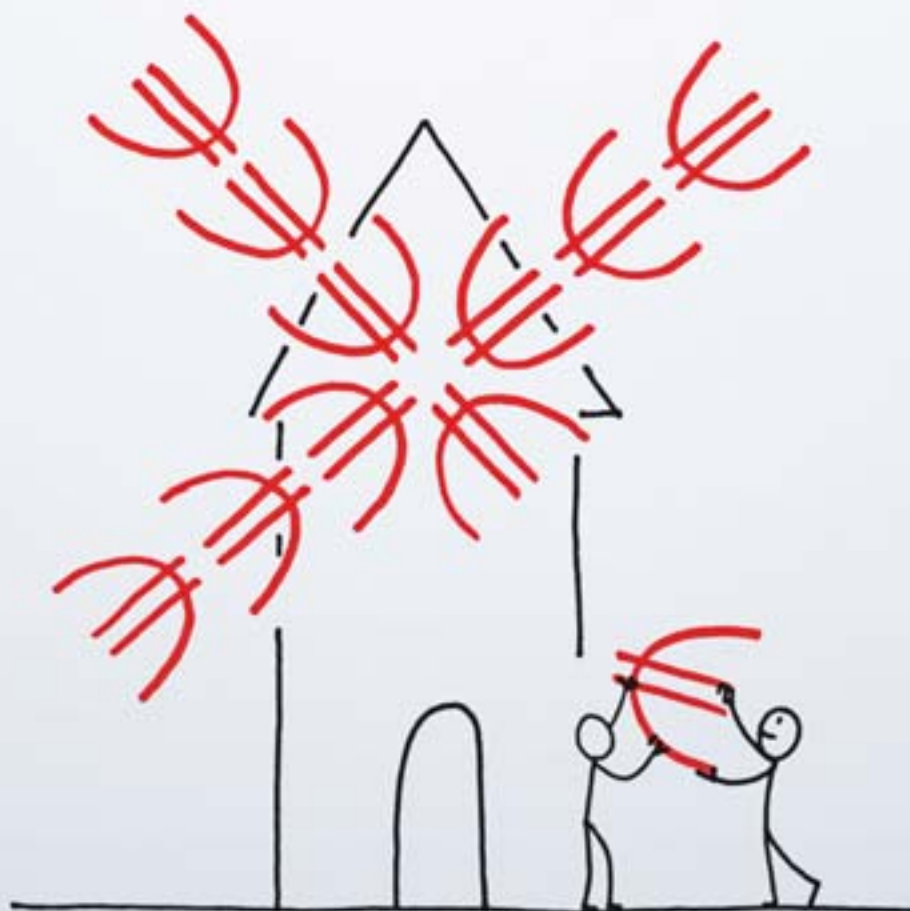
Par courrier :

Institut de recherches de la FSU

104, rue Romain Rolland, 93260 Les Lilas

Par téléphone : 01 41 63 27 60

INVESTIR AVEC LA MAIF, C'EST DONNER DE L'ÉNERGIE UTILE À VOTRE ÉPARGNE.



ASSURANCE VIE AVEC FONDS SOLIDAIRE SYSTÉMATIQUE*

- À la MAIF, avec le nouveau contrat Assurance vie Responsable et Solidaire (formule Projets et Profils) quand vous épargnez, vous placez votre argent utilement. Ainsi une partie de vos euros, avant de vous revenir fructifiés, alimente une économie responsable et solidaire en étant investie systématiquement dans des entreprises qui participent à la formation professionnelle, à l'accès ou au retour à l'emploi, ou encore favorisent l'emploi de personnes handicapées...

Pour nous, c'est ça être assureur militant.



ASSUREUR MILITANT

Rendez-vous sur www.maif.fr ou parlons-nous au 32 40 dîtes MAIF (prix d'un appel local).