



# RABELAIS



LA REVUE DE LA FACULTE DE MEDECINE - NOVEMBRE-DECEMBRE 2005  
DE MONTPELLIER - NÎMES

N°3

Issn en cours

Avec la rentrée 2005, le Rabelais entame sa deuxième année. Le pari qu'avait fait l'équipe éditoriale semble réussir : mettre sur pied un lien entre nous tous, avec notre passé et en regardant l'avenir. Les deux premiers numéros ont été riches. Ce troisième numéro ne le sera pas moins, consacré à la présentation du pôle universitaire, à la vie nîmoise, à des rubriques historiques et aux joies et peines de notre maison. Je voudrais insister sur deux points.

Nous vivons une période de profonde mutation. Ce changement, inséparable de la vie, nous le vivons à l'hôpital, qui va voir son organisation et ses modalités de fonctionnement profondément remaniées par la nouvelle gouvernance. Celle-ci donne au corps médical des moyens de peser plus qu'avant sur les choix qui seront faits, mais aussi une lourde responsabilité.

Le risque était grand de voir la réforme ignorer l'aspect universitaire.

Heureusement il n'en sera rien : la Faculté à travers son Doyen mais aussi ses Conseils sera partenaire des décisions. C'est sage car l'hôpital est aussi lieu d'enseignement et de recherche par nature. Et n'oublions pas que nous devons aussi désormais former nos étudiants à gérer et à piloter et non plus seulement à soigner. C'est pourquoi seront détaillées dans ce numéro les propositions pour la réforme, essentielle pour nous.

Notre enseignement traditionnel lui-même va bouger. Le raccourcissement de la durée du cursus semble probable. C'est une contrainte, qui va nous obliger à compacter un volume horaire déjà bien lourd. Mais comme toute contrainte, elle peut devenir créatrice, si nous savons y voir une invitation à nous recentrer sur l'essentiel.

Former des têtes bien faites plutôt que bien pleines, c'est le but de tout enseignement humaniste.

Jacques Touchon

Directeur de la publication : Jacques Touchon  
Comité de rédaction : T. Lavabre-Bertrand  
M. Voisin  
C. Hérisson  
Contact : tlavabre@univ-montp1.fr

Imprimeur :  
Sauramps.Médical, 11, boulevard Henri IV  
34000 -Montpellier

## Sommaire

### LE MOT DE LA REDACTION

Nouvelles gouvernances des CHU  
*J. Touchon*

### PATRIMOINE ET HISTOIRE

Patrimoine et tradition vestimentaire .....3  
*A. Pagès*  
A propos de Bonaventure Laurens .....7  
*T. Lavabre-Bertrand*

### ACTUALITES PEDAGOGIQUES

Groupe de travail  
sur la réformes des études médicales .....8  
*M. Voisin*

### ACTUALITES SCIENTIFIQUES

Informations du Conseil scientifique .....9  
*J. Clot*  
Médecine Générale et recherche .....10  
*G. Bourrel*

### SYNERGIE MONTPELLIER-NÎMES

La synergie Montpellier - Nîmes .....13  
*M. Dauzat*

### MULTIMEDIA

L'atelier de production multimédia  
de la Faculté de Médecine .....15  
*R. Pujol*

### RELATIONS INTERNATIONALES

Pôle Universitaire Européen .....16  
*J.P Fernandez*  
Association "Ici, là-bas" .....18  
*B. Hamel*

PROMOTION 2005 .....19

Ils nous ont quittés .....20



La Rabelais est offert par  
**sauramps**  
*medical*  
Montpellier - Paris



## Rabelais

# Nouvelles gouvernances des CHU : un statut toujours dérogatoire pour les Facultés de Médecine

Jacques Touchon

**L'**ordonnance simplifiant le régime juridique des établissements hospitaliers a été publiée au Journal Officiel du 2 mai 2005 ; elle présente les dispositions relatives à la réforme des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Il a fallu plus d'une année de travail, pendant laquelle se sont succédées de multiples versions du fait des positions antagonistes de la conférence des doyens des facultés de médecine, de la conférence des présidents d'universités (CPU), et de la conférence des directeurs de CHU. Au terme de cette réflexion, le rôle décisionnel des Facultés de Médecine a été maintenu. Ainsi, la nomination des chefs de pôles d'activité des CHU nécessitera les 3 signatures, du directeur général, du doyen et du président de CME. C'est un acquis décisif que nous devons à la fermeté de la conférence des doyens et à ténacité de son président le Professeur Bernard Charpentier. Le doyen reste donc en première ligne dans les décisions concernant les missions d'enseignement de recherche et d'innovation (MERI) du CHU.

**Ces trois missions** sont fondamentales pour l'avenir de nos établissements. Un rapport récent de l'IGAS a identifié en France 6 CHU à fort potentiel de recherche (hors Assistances Publiques) qui bénéficient d'une dotation budgétaire plus importante, Montpellier en fait partie. Afin que ne s'installe pas une disparité avec le CHU de Nîmes, nous aurons intérêt, lors des évaluations ultérieures, à ne pas dissocier nos 2 sites hospitalo-universitaires. Evidemment, la position de fort chercheur est fragile, elle dépend de notre production en publications. Dans l'avenir, les nominations universitaires seront donc encore plus conditionnées par les activités de recherche et d'enseignement.

### **La recherche clinique s'organise:**

- Un Conseil National de la Recherche Clinique en CHU vient d'être mise en place, composé de représentants des directeurs généraux, des doyens et des présidents de CME. Il est présidé par un PUPH, alternativement doyen ou président de CME. Le président

actuel en est Gérard Janvier, président de la CME de Bordeaux, j'assume l'une des deux vice-présidences.

- La nouvelle Direction Inter-régionale de la Recherche Clinique régit l'inter-région Méditerranée-Sud qui s'étend, comme pour les DES, autour de la Méditerranée, de l'Italie à l'Espagne; Montpellier et Nîmes sont donc associés aux CHU de Nice et Marseille. Son siège est à Marseille et avec nos collègues niçois, nous avons obtenu qu'elle soit présidée par le doyen de Montpellier-Nîmes.

- Enfin, la délégation à la recherche clinique du CHU voit son rôle renforcé notamment dans l'élaboration du versant recherche du projet médical et du plan quadriennal. Notre collègue Philippe Godard en a été nommé responsable pour Montpellier.

Pour la pérennité du rayonnement de notre Faculté, il est donc essentiel que nous maintenions une forte activité de recherche et d'enseignement, toutes deux seront rigoureusement évaluées.



## Patrimoine et tradition vestimentaire de notre Ecole (II)

André Pagès

Jusqu'à l'empire, les études médicales ont comporté 3 degrés : le baccalauréat, la licence, et le doctorat.

Au terme d'une argumentation de 4 heures, l'étudiant était nommé bachelier au cours d'une cérémonie où il recevait une robe rouge. Si nous n'avons pas de certitude sur ce rituel au Moyen-Age, il est attesté au XVI<sup>ème</sup> siècle par Félix Platter, gradué le 23 mai 1556. Compte tenu de la force des traditions dans notre Ecole, il y a tout lieu de croire qu'il s'agissait de la perpétuation d'un cérémonial beaucoup plus ancien. Cette robe revêtue par le bachelier nous la connaissons bien, sous le nom prestigieux de « robe de Rabelais ». Elle est écarlate avec un camail, l'une et l'autre ouverts devant et uniformément bordés d'une tresse noire de 5 centimètres. Tel se présente l'exemplaire conservé sous vitrine dans le placard de gauche, salle des actes. Il a été réalisé sous le décanat d'A. Broussonnet (1813-1819) et succède à ceux qu'avaient fait faire les chanceliers Barthez (1785), Deidier (1720) et Ranchin (1612). Tous étaient le fac-simile de la robe du XVI<sup>ème</sup> siècle qui avait subi les injures du temps, tandis que ses copies successives étaient victimes de prélèvements subreptices répétés au titre de souvenirs. Il est évident que Rabelais ne fut pas le seul bachelier à endosser cette robe en son temps, pourquoi son nom seul lui reste-t-il attaché ? On peut

penser que c'est à cause de la célébrité de ce personnage, liée, d'ailleurs, à son œuvre littéraire et non médicale. Mais d'autres, notamment parmi ses disciples, comme Rondelet, sont aussi passés à la postérité. Un élément particulier est sans doute survenu. Si l'on examine de près le portrait de Rabelais dans le vestiaire des professeurs, on ne peut qu'être frappé, d'une part, de la couleur écarlate de son camail, dont on soupçonne qu'il est ouvert, d'autre part. Ces deux constatations n'ont pas d'équivalent sur les autres toiles de la même époque. Sans doute peut-on mettre ces anomalies sur le compte d'un peintre

insouciant. Son modèle est cependant représenté en tenue doctorale. Il est tentant de supposer qu'un étudiant à l'esprit observateur, ayant un jour comparé ce portrait à la robe qu'il porta lui-même, fut à l'origine du nom sous lequel on la connaît toujours.

Avec la création des Ecoles de Santé, baccalauréat, licence et doctorat disparurent. De sorte que lorsque le dernier fut rétabli par la loi du 19 ventôse an XI, on procéda, à Montpellier, à une adaptation de la tradition : la robe de Rabelais va désormais être revêtue par l'étudiant lors de sa soutenance de thèse ; on pourrait en conclure que



Fig 1 : Rabelais.

C'est de ce portrait que s'est inspirée la « robe de Rabelais ».

de symbole du baccalauréat elle est devenue celui du doctorat. Il n'en est rien.

Revenons en arrière. Sous l'ancien régime, on l'a vu, le port de la robe à camail est très limité. Dans l'exercice courant de leur fonction, nos professeurs usaient d'une sévère robe noire et se coiffaient du tricorne, alors commun. Ce vêtement paraît d'ailleurs la petite tenue habituelle de divers corps constitués de l'époque. Il persiste dans le décret du 20 brumaire an XII, mais égayé de larges revers et parements cramoisis tranchants sur l'étamine noire. Comme avant, cette robe est destinée aux professeurs lors de leurs leçons et assemblées particulières. Mais fait important, ce même texte en accordait le port facultatif au simple docteur en médecine. Assez rapidement son usage fut abandonné par les professeurs. Lorsqu'en 1823 on créa le titre d'agrégé, cette robe y fut attachée, mais uniquement parce que le titulaire était docteur en Médecine. On conçoit aisément que les simples médecins ne s'en soucieraient pas, mais ils ont toujours le droit de la revêtir « lorsqu'ils sont invités à quelque cérémonie publique et lorsqu'ils prêteront serment, feront ou affirmeront quelque rapport devant les tribunaux » (article 2 du décret du 20 brumaire an XII). Ces recommandations donnèrent lieu, en 1843, à un incident qui aurait fait la joie de Courteline. Un brave médecin, cité comme expert, crut nécessaire de se présenter en robe au tribunal. Le procureur royal vit dans cette tenue la volonté délibérée de se moquer de la justice, il protesta vigoureusement. Le bon docteur



Fig 2 : François Boissier de Sauvages (1706-1767). Exemple de costume du XVIII<sup>ème</sup> siècle. On notera entre autres l'évolution du couvre-chef.

argua de la loi. Mais comme aucun des juristes présents n'en connaissait l'existence, le président fut obligé de suspendre la séance pour vérifier les dires du médecin. Force fut au tribunal de lui donner raison.

Il est cependant une circonstance dans laquelle un étudiant porte la robe noire de laine sans revers, ni parements cramoisis, qui était celle des licenciés sous l'ancien régime. C'est lors des obsèques d'un professeur, pendant lesquels il porte sur un coussin les décorations du défunt. La même robe, dans cette même occasion, est revêtue par un appariteur qui, avec chaîne et médaille au col, précède le corps professoral, portant sur l'épaule droite la masse d'argent voilée de crêpe. Le protocole de cette cérémonie funèbre avec cortège en ville a été fortement sim-

plifié vers les années 80 et se limite à la faculté.

Voilà donc parcourue l'histoire pittoresque du costume universitaire à la Faculté de Médecine de Montpellier. Toutefois si les robes en sont l'élément principal, elles se complètent de deux accessoires communs à tous. Le premier est la chausse, ultime avatar d'un vêtement banal au Moyen-âge : le chaperon. C'était à peu près la réplique en drap du camail militaire. Comme un passe-montagne, il couvrait la tête et le cou, laissant seule la face à l'air par une ouverture ronde : la visagière, mais englobait en plus les épaules dans une sorte de courte cape : le guleron. Pour des raisons décoratives, un long appendice partant de l'occiput pendait dans le dos : la cornette. Par temps chaud, on engageait le crâne dans la visagière, les gros plis formés par le guleron se



posaient sur la tête, le tout maintenu en place par la cornette dont les tours faisaient office de jugulaire. C'était le port du chaperon « en casquette » dont on trouve de nombreux exemples dans les enluminures de manuscrits médiévaux. Au XV<sup>ème</sup> siècle, cette façon toute provisoire de coiffer se figea en une variété particulière de couvre-chef. De forme ronde, bordé d'un épais bourrelet rigide, il supporte une sorte de large crête : la patte qui rappelle le guleron plissé, tandis que s'en échappe une longue bande de tissu évoquant la cornette. Elle descend jusqu'à la poitrine, la traversant en général, pour se jeter par dessus l'épaule controlatérale. Ce chapeau séduisit à la fois la noblesse et les gens de robe longue. Ces derniers, quand ils se découvraient, prirent l'habitude de le suspendre après leur épaule gauche, la cornette pendant au devant, la patte dans le dos. Au fil du temps, une réduction de taille affecta le chapeau, symbolisé par un macaron plat de 7 centimètres de diamètre, la cornette ramenée à 9 centimètres de large pour 80 de long et la patte devenant un trapèze haut de 37 centimètres, avec des bases inférieures et supérieures de 37 à 11 centimètres respectivement. Ces dimensions sont celles de la chausse actuelle, à laquelle l'adjonction de bandes transversales de fourrure blanche (les létiques) sur la cornette et la patte confère la signification d'un insigne de grade, trois pour le docteur, deux pour le licencié et un pour le bachelier. Malgré la disparition de ces titres en médecine, la chausse demeure, fixée à l'épaule gauche de la robe. Sur celle, noire de l'étudiant, elle ne porte que deux létiques.

L'autre commun dénominateur



Fig 3 : Paul-Joseph Barthez (1734-1806). Dans ce portrait du début du XIX<sup>ème</sup> siècle on voit le premier état du costume post révolutionnaire.

des tenues est le bonnet. Dans les miniatures des manuscrits médiévaux, les médecins sont habituellement représentés coiffés d'un bonnet en tronc de cône, à la façon d'un fez, de couleur extrêmement variée. C'est une coiffure très répandue sans spécificité professionnelle. C'est au début du XV<sup>ème</sup> siècle qu'un bonnetier imagina de lui donner une forme quadrangulaire. Ainsi naquit le « bonnet carré » qui ne tarda pas à prendre une signification strictement doctorale. A Montpellier, il était remis au moment de la thèse et se singularisait d'un floc de soie cramoisie le surmontant. Toujours présent sur les portraits d'avant la Révolution, figurant souvent dans les autres, il est aisé d'en suivre les transformations. Jusqu'aux environs de 1610, c'est un tronc de pyramide à grande base supérieure dont les arêtes sont d'un relief modeste, de sorte que le floc de

soie s'étale sur elles. Entre 1610 et 1676 à peu près, ces arêtes se développent pour former 4 cornes divergentes entre lesquelles se répand le floc. De 1676 aux alentours de 1720, le bonnet est victime de la mode des immenses perruques. Pour se maintenir au sommet de ces édifices capillaires, il doit se rapetisser et s'alléger. Très aplati, il est presque submergé par les brins de soie du floc. Par contre, après 1720, on assiste à un changement radical. Le bonnet se surélève et s'inverse, la petite base du tronc de pyramide devenant supérieure, les arêtes latérales en sont plus marquées, les autres s'estompent. Le floc se condense en une très grosse houppe arrondie, assez rigide et dominante. Ce bonnet céda la place, avec le décret du 20 brumaire an 12, à une toque. Elle est haute en tronc de cône à base supérieure légèrement évasée et sur fond déprimé. Le velours

cramoisi qui la couvre est divisé en 16 larges côtes, tandis que sa partie inférieure (ou bandeau) est cernée de velours noir surmonté de larges galons d'or.

Progressivement le fond va s'en aplatir, alors qu'un gros bouton convexe occupera son centre. L'incurvation de son bord supérieur s'accroît (deuxième moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle). Vers le début du suivant, la hauteur de la toque diminue, le fond de la coiffe en déborde les côtés et le bandeau s'épaissit en un véritable bourrelet. On arrive ainsi peu à peu à l'actuelle toque dont le bandeau est bouillonné. En principe, au centre de la coiffe et sur le côté gauche du bandeau se trouvent deux macarons en cannetille identique, les deux du centre formant une torsade. Curieusement, cette ornementation réglementaire apparaît souvent négligée.

Pour les raisons déjà invoquées à propos de la robe, cette même toque est commune aux professeurs, agrégés et docteurs. Pour l'étudiant, lors de la cérémonie des obsèques, les couleurs s'inversent : bandeau de velours cramois et le reste en drap noir, sans galon. Pour l'anecdote, signalons que le port d'un uniforme par les étudiants en Médecine montpelliérains faillit être inauguré en 1771. Il comportait un habit, une veste et une culotte, tous trois du même drap pourpre. Le premier, doublé de même, avait un collet noir et des poches avec pattes. Ses manches se terminaient par un parement en botte de velours noir, orné de brandebourgs dorés. 12 boutons à rebord surdorés, frappés au centre des lettres M.M, surmontées d'une rosette, permettait de fermer l'habit. La veste était

doublée de blanc. Une tenue d'été, identique, mais en tissu plus léger, était prévue. La coiffure ne pouvait alors être qu'un tricorne. On ignore pourquoi ce projet fut abandonné, mais il est intéressant de rappeler qu'à cette date les médecins militaires n'étaient pas encore dotés d'un uniforme.

Bien que ne relevant d'aucune réglementation universitaire on ne saurait ici passer sous silence, en raison de sa particularité à Montpellier, la faluche. Le mot lui-même est mystérieux. Une très distinguée linguiste, dans un de ses ouvrages, nous la donne comme d'origine flamande, mais sans pour autant, nous en préciser le sens. Quoi qu'il en soit, ce large béret assez romantique d'allure, s'il fut porté par la jeunesse estudiantine partout, a chez nous une spécificité. Il fut adopté, le 27 jan-

vier 1889, lors d'une réunion du cercle des étudiants de Montpellier fondé deux ans plus tôt sous le nom de « toque de Rabelais ».

En velours noir, sa surface fut divisée en 4 quartiers par une croix de satin, centrée par un macaron du même tissu, cramois pour la médecine, d'autres couleurs pour les autres Facultés. On reconnaît dans cette disposition, schématisée à l'extrême, et, en quelque sorte, mis à plat le bonnet carré tel qu'on le voit sur le portrait de Rabelais. La croix cramoisie figure le floc de soie et les 4 cantons de velours noir les cornes de bonnet. Cette faluche originale, très populaire à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, a connu depuis des éclipses mais aussi des retours en faveur. A quand sa prochaine résurgence ?

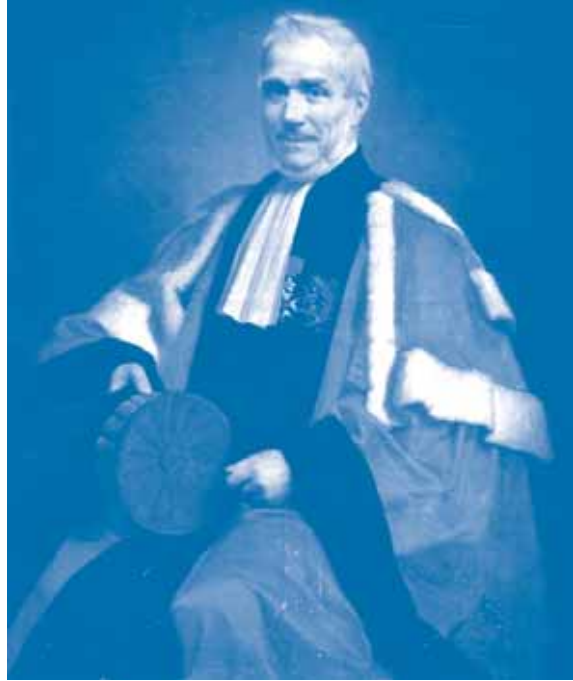


Fig 4 : François-Anselme Jaumes (1804-1868). On en arrive à un état qui ne s'est plus guère modifié jusqu'à nos jours.



## A propos de Bonaventure Laurens

Thierry Lavabre-Bertrand

Le nom de Bonaventure Laurens a été récemment donné à la nouvelle salle de réunion située au rez-de-chaussée des bâtiments historiques, face aux salles de dissection. C'est un juste hommage rendu à une figure maintenant bien oubliée et pourtant fort originale et sympathique.

Né à Carpentras en 1801 d'un père organiste, il affirme très tôt son goût pour la musique et le dessin. Venu à Montpellier en 1829, il devient en 1835 secrétaire agent comptable de la Faculté de médecine, à un époque où le personnel administratif se résumait quasiment à sa personne ! Il le restera 32 ans. Mis à la retraite en 1867, il mourra dans sa maison de la rue du Carré du Roi en 1890, à l'âge de 89 ans. Il sera fidèle jusqu'à la fin à son personnage d'excentrique : habillé à la diable, chaussé d'impayables

godillots sans lacets, il aura cependant une vie sociale intense. S'il remplit ses fonctions administratives avec beaucoup de conscience et de modestie – sans se priver d'ailleurs de railler avec beaucoup d'esprit nombre des maîtres éminents de l'Ecole, ce sont son œuvre artistique et ses fréquentations musicales qui le signalent à la postérité. Dessinateur honorable, il croque tout ce qu'il voit, et nous lègue des milliers d'images émouvantes et instructives de Montpellier, de sa région et de ses grisettes au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle. Passionné de musique, lui-même interprète honorable (bien que peu dévot, il sera longtemps organiste de l'église St Roch), il va nouer des relations peu banales. C'est d'abord Franz Liszt qui vient à Montpellier le 13 août 1844. Laurens l'accueille chez lui à la Faculté (où il dispo-

sait d'un logement de fonction). Mis au défi de déchiffrer au pied levé une partition de Bach, le virtuose fera une prestation éblouissante dans une pièce qui existe toujours, sous les toits du bâtiment historique, qui recueille aujourd'hui les archives. Notre secrétaire aimait voyager : il deviendra ainsi l'ami de Schumann et du jeune Brahms avant d'être un des premiers admirateurs de Wagner.

On voit par ces quelques lignes que l'hommage posthume qui a été rendu à ce personnage peu banal n'est pas immérité. Mais on voit aussi qu'il est peu probable que les générations d'administratifs qui lui ont succédé puissent être honorées à l'avenir pour les mêmes raisons !



Fig 1 : La Faculté de Médecin, dessin de Bonaventure Laurens vers 1840.



## Rabelais Groupe de travail sur la réforme des études médicales

Michel Voisin

Comme en a décidé l'Assemblée des enseignants du 11 Avril consacrée à la pédagogie, a été mis en place un groupe de travail sur un aménagement des études médicales visant à répondre à deux contraintes : d'une part l'application possible du schéma LMD aux études médicales (voir Rabelais N°2) sur laquelle travaillent à la fois une commission de la conférence des doyens et la Commission Pédagogique Nationale des Etudes Médicales (CPNEM), d'autre part l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine liée à l'élargissement du numerus clausus (201 étudiants en 2005, probablement près de 250 en 2006 en comptabilisant les étudiants étrangers). Ce groupe est constitué de 34 enseignants et 6 étudiants et s'est déjà réuni à six reprises.

Les premières réunions ont porté principalement sur le premier cycle. L'objectif est d'organiser l'enseignement des matières fondamentales en deux années, en leur associant les sciences humaines en première année et la séméiologie en deuxième année. Il faut donc réduire les volumes d'enseignement, réviser les contenus d'enseignement du premier cycle en les adaptant aux objectifs du deuxième cycle, donc à l'examen national classant. Au sein même du premier cycle, l'articulation entre les enseignements de première et de deuxième année doit être optimisée. Plusieurs disciplines ont déjà été auditées : la chimie-biochimie, la physique-biophysique et la biologie cellulaire ; des propositions préliminaires ont été formulées, visant à une harmonisation entre ces disciplines et à un transfert

dans le tronc commun du troisième cycle d'enseignements trop spécialisés. Enfin a été envisagé le positionnement en premier cycle de disciplines enseignées jusqu'ici plus tard (pharmacologie, microbiologie, immunologie...).

Les réunions suivantes ont activé la réflexion sur le deuxième cycle, avec comme base de départ: un enseignement clinique sur trois ans, semestrialisé (6 modules intégrés de 4 mois et demi au lieu de 9 modules dont 6 de 3 mois actuellement), un repositionnement des enseignements transversaux au sein des modules intégrés, et une organisation des enseignements et des modalités d'évaluation strictement adaptées à l'examen national classant. Cette réforme, synthétisée dans le tableau, pourrait avoir un début de mise en place dès la ren-

Nouveau	Ancien	Semestre 1	Semestre 2	Stage d'été
Licence 1	PCEM 1	Enseignement pré-clinique Sciences humaines		CONCOURS
Licence 2	PCEM 2	Enseignement pré-clinique Sémiologie		Stage Recherche facultatif
Licence 3	DCEM 1	M11	M12	Stage libre (étranger 50 %)
Master 1	DCEM 2	M13	M14	Stage libre
Master 2	DCEM 3-4	M 15	M16	ENC





trée 2006. Pour le deuxième cycle, elle implique un regroupement de disciplines au sein de modules intégrés plus larges, mais cohérents, et l'individualisation au sein de ces modules de terrains de stage nouveaux (laboratoires, radiologie...)

La réduction de durée des études

médicales verra-t-elle le jour, et qu'en serait-il de notre réflexion si une telle décision n'est pas prise au niveau national ? En Europe, les attitudes sont contrastées : les pays anglosaxons ont déjà rendu effective l'adaptation au LMD, il y a une forte réticence en Allemagne. Ces incertitudes ne doivent pas ralentir

notre démarche : si une sixième année persiste, nous la consacrerons de façon plus ciblée à un enseignement synthétique de type conférences d'internat institutionnelles adapté à la préparation de l'examen national.

Michel Voisin (contact : [michel.voisin@univ-montp1.fr](mailto:michel.voisin@univ-montp1.fr))

## Informations du Conseil scientifique

### J. Clot

Organisation de la recherche en Languedoc-Roussillon : pôle de compétitivité

La recherche en Biologie-Santé de notre région occupe la quatrième place en France dans la plupart des indicateurs : nombre de chercheurs et d'enseignants-chercheurs, nombre d'équipes, production scientifique, création d'entreprises, tout cela ramené au produit intérieur régional. Dans le dernier numéro du Rabelais ont été indiquées les thématiques principales de cette recherche.

Fin Novembre 2004, le gouvernement a lancé un appel d'offres pour la mise en place de pôles de compétitivité. L'objectif est de mettre en synergie, dans un espace régional donné, un projet innovant et compétitif porté par les industries, la recherche et la formation. Un financement spécifique destiné à l'emploi et à la création d'entreprises en région sera attribué aux projets retenus. Plus d'une centaine de projets, émanant de toute la France, ont été déposés fin Février 2005. La vingtaine de pôles de compétitivité retenue devait être connue au début de l'été.

La région Languedoc-Roussillon a déposé quatre dossiers (énergies renouvelables, technologies innovantes du nucléaire, agroalimentaire) dont un qui concerne le médicament, la santé et les biotechnologies. Ce projet, qui s'appelle HoloBioSud, ras-

semble autour de Sanofi-Aventis et de PME de biotechnologies les forces vives de la recherche universitaire, du CNRS, de l'INSERM et du CHU. Doivent être développés des cibles thérapeutiques et de nouvelles molécules en neurosciences, en infectiologie, en cancérologie, avec une implication des biotechnologies et des bi-thérapies. Dans un marché de l'industrie pharmaceutique en pleine croissance, HoloBioSud représente un potentiel fort de niveau international et aura un impact économique majeur pour la région.

Cette structuration de la recherche privée – publique, initiée avant la loi d'orientation sur l'enseignement supérieur et la recherche prévue pour l'automne prochain, est différente de l'organisation en pôle de recherche et d'enseignement supérieur (PRES) que prépare le législateur et qui devrait permettre de reformater le découpage archaïque et peu lisible des universités françaises.

**L**e point sur la réforme "L-M-D"

La première année de la réforme a fonctionné tant bien que mal, une centaine d'étudiants s'inscrivant dans les UE prévues par les textes et au stage d'initiation à la recherche.

Pour la rentrée 2005, l'ensemble du dispositif se met en place :

- les UE du Master 1<sup>ère</sup> année (M1) sont reconduites. Elles fonctionnent de façon semestrielle et totalement coordonnée entre les scientifiques, les médecins et les pharmaciens. Les cours auront lieu les Mardi et Jeudi après-midi. Les 50 heures d'enseignement sont sanctionnées par un examen écrit de 2 heures (coefficient 1).

- Le stage d'initiation à la recherche (160 heures) sera toujours organisé en Juillet ou Septembre, seuls mois libres de toute charge hospitalière dans les premières années de Médecine.

- Enfin la 2<sup>ème</sup> année du Master (M2) débute à la rentrée. Le Master Recherche (M2R) Biologie-Santé remplace les 6 anciens DEA avec un enseignement allégé et six mois de stages de recherche. Essentiellement pour les étudiants non médecins, des Master professionnels offrent une formation de niveau bac + 5 aux métiers de la santé (essais cliniques, neuropsychologie, audiologie, ...), aux biotechnologies, aux biomolécules et à la nutrition.

Il est essentiel de rappeler que ce complément de formation, constitué en M1 de deux UE et d'un stage d'initiation à la recherche, ne concerne que les étudiants qui veulent faire par la suite un M2R (ex-DEA) et donc se consacrer soit à la recherche, soit à une carrière hospitalo-universitaire.

## Comment prendre en compte la complexité de la Médecine Générale dans la recherche ?

(Congrès de Recherche en Médecine Générale –Perpignan-27-28mai 2005)

G. Bourrel

Rabelais

La complexité de la Médecine générale doit se comprendre à plusieurs niveaux : celui de la plainte qui est souvent multiple et implicite ; celui de la prise en charge qui est globale intégrant une approche biopsychosociale, "mobilisant" des données complexes ; celui de la relation médecin-malade et de l'intersubjectivité qui est au coeur de la relation thérapeutique. Enfin, le matériau clinique, observé et décrit à un stade de début, est défini comme "incertain". Mettre en place une recherche de cette complexité relève un triple défi : épistémologique, méthodologique et stratégique

**Résoudre le problème épistémologique qu'elle présente :**

**Définir une base de connaissance spécifique :**

"Le but de la science et de la recherche est de comprendre" rappelle A. Deccache ; c'est encore plus vrai en recherche en complexité. De fait c'est de l'approche en compréhension du réel que s'accommode le plus la recherche en complexité.

Deux approches conceptuelles peuvent éclairer ce débat épistémologique. D'abord justement, lever ce que Bachelard appelle un obstacle épistémologique. Il faut d'abord répondre à la question: "quelle est la base de connaissance sur laquelle se fonde le médecin en premier recours pour initier sa décision?"

Elle est le résultat de la description des phénomènes observables : ceux donnés par l'observation et l'examen clinique, et les données phénoménologiques ("obtenues" dit B Latour) relevant de l'analyse "en profondeur" du discours du patient, de ses récits de vie, de son expérience vécue, de son histoire, de ses attitudes, de "ce qui se joue dans l'échange". La deuxième approche est de considérer que c'est une connaissance en action (co-construction, interaction, création...) et donc qu'elle est toujours "en train de se faire". "Il n'existe pas de science sans phénoménologie" dit le mathématicien français R. Thom, et s'il existe un art, il s'applique justement au moment du recueil des données, dans le "faire-émerger" phénoménologique que l'on peut considérer comme une phase pré-scientifique.

Laniesz, sociologue des organisations, nous dit bien que "plus la complexité augmente, plus il est difficile de faire de la qualité au sens de la comparaison à la norme (iso)". Comprenons, nous, qu'il existe un continuum procédural allant de cette phase préliminaire à celle qui mobilise une approche plus standardisée (EBM) pour aboutir à la "bonne décision" en premier recours. On peut conclure de cette mixité des approches signifie qu'il faut donc se former aux deux.

Préconisations des experts du Congrès sur la question :

- mener un travail sur la sensibilité sémiologique du premier recours

liée à une prévalence différente, et une VPP spécifique

- développer des "scores de prédiction clinique en soins primaires" ou des mini-tests cliniques (le MINI par exemple en psychiatrie) qui tiennent compte de cette sensibilité
- introduire dans ces "variables d'intérêt", les données qualitatives
- développer des procédures de recueil de données qualitatives, des outils de mesures et d'analyses complétant les démarches fondées sur l'EBM.

Le congrès a montré une nette progression dans l'utilisation des échelles (12 types d'échelle qualitatives), dans l'utilisation des méthodes d'entretien semi-directif, et focus group (7)

**Créer un nouvel espace de recherche pour la Médecine Générale :**

Cet espace de recherche se situe à l'interface de celui des deux modèles de recherche, quantitatif et qualitatif, pour constituer ce qu'Isabelle Stengers appelle une troisième culture.

"la troisième culture : milieu où puisse se développer l'indispensable dialogue entre la modélisation mathématique et l'expérience conceptuelle et pratique de ceux qui décrivent la complexité humaine".

Délimiter un "champ".

"La délimitation du champ est un travail fondamental de la profession" nous a dit Mathieu Albert (Toronto). Le champ est délimité par les acteurs qui en font partie.



- Le congrès a bien montré qu'il est moins pertinent de faire de la recherche sur la médecine Générale si on ne la mène pas dans son champ et avec ses acteurs. Des chercheurs d'autres disciplines (sociologie, sciences politiques..) ont montré les limites des résultats lorsqu'ils travaillent sur la Médecine générale et une certaine amertume de se trouver en dehors du champ. Mais ce n'est ni un champ clos, ni un champ défini a priori. C'est un champ qui doit être ouvert sur le monde et être aussi "un espace d'innovation" (A. Deccache).
- Cette production mobilise aussi des domaines de savoirs et les concepts qui y sont associés. "On ne fait pas de recherche sans théorie"(A. Deccache)

Champs d'investigation des abstracts du Congrès:

- champ de l'évaluation des prises en charge et suivis : 23/66
  - de pathologies-cibles en Santé publique(diabète++, hta, cancer, santé mentale, addictions),
  - de l'éducation/information du patient,
  - des organisations de soins et de leurs évolutions (informatique, travail en réseau)
  - des recommandations et de leur implémentation
- champ de la relation médecin-malade( représentations en santé ) : 12/66
- champ de la veille épidémiologique(prévention/dépistage/ observation) : 16/66
- champ de l'évaluation méthodologique : validité des méthodes utilisées : 13/66
- champ de l'évaluation pédagogique:formation des médecins et outils :10/66
- champ plus général paradigmatique,conceptuel : quels modèles ? : 7/66

Cet inventaire intègre le fait que certains abstracts peuvent être pris dans plusieurs champs

## Mobiliser les acteurs en "filrière de recherche" dans le champ:

### Les acteurs

- "Penser en terme de champ c'est penser en terme de relations". Il faut organiser des filières de recherche dans le champ de la médecine générale ou liée à lui. Les acteurs naturels sont les instances de recherche institutionnelles comme l'INSERM (4 études soutenues par l'Inserm au Congrès) et leurs correspondants hospitalo-universitaires, les SIC, le CREDES, mais aussi les instances de Santé Publique institutionnelles (INPES, CRES, ORS, ESP, GROG). A ceux-là s'ajoutent les universitaires du champ des sciences physiques, médicales, humaines. En dernier lieu, on peut rajouter toutes les personnes ressources motivées et ayant une expertise pour travailler dans ce champ ouvert (paramédicaux : 2 études). Dans cette filière, les rôles sont définis suivant les domaines de compétences : montage de projets, recueil de données, analyse des données, évaluation, pédagogie.
- Enfin, et c'était un objectif du Congrès, il convient de former très tôt les étudiants en Médecine générale à la recherche clinique et à la recherche en complexité pour les intégrer rapidement dans les projets de recherche.
- Le développement de thèses de Médecine générale à partir de "séminaires de doctorants" encadrés d'experts pluridisciplinaires (tel que le congrès l'a proposé en at-

lier off) est une voie d'optimisation du niveau de qualité et de possibilité de recrutement.

## Les pôles

Chaque UFR par son DMG doit pouvoir mettre en place un Pôle de Recherche, c'est à dire un système organisé autour d'un champ, avec ses filières de chercheurs, ses équipes autour de projets spécifiques.

Ces pôles centrés sur le DMG pourront être élargis à d'autres instances régionales : URML, URCAM, CPAM.. pour délimiter des Pôles Régionaux de recherche.

On peut penser que les différents pôles régionaux pourront être mis en réseaux et travailler sur des projets communs, mutualisant ainsi le produit de la recherche.

- En ce qui concerne la Faculté de Montpellier:  
Le DMG va mettre en place un "Pôle régional de recherche en soins primaires".

## Les axes

Chaque pôle choisira ses axes de recherche en fonction de son tissu de compétences. M. Albert conseille de choisir des axes de recherche en continu sur lesquels des équipes de recherche travaillent sur 2 ou 3 ans. Cette manière de faire, et la production qui en découle augmentent selon lui, la crédibilité.

- En ce qui concerne la Faculté de Montpellier:  
2 axes sont déjà en cours:  
1) un axe "Éducation du patient/éducation à la santé" avec la collaboration de Brigitte Sandrin-Berthon, directrice du CRES, MCA à l'Université de LOUVAIN et,

2) un axe "Santé mentale" avec ces deux pôles : psychiatrie et neurologie des études ont déjà été produites en collaboration avec les généralistes (cf Thèse de MC Reboul-mai 2005)

## Définir des stratégies et conditions de mise en oeuvre

### Organiser les soins primaires :

- Tous les experts ont souligné qu'une recherche en médecine générale ne peut se concevoir sans une organisation des soins primaires comme cela est fait dans les pays anglo-saxons, c'est-à-dire d'abord en désignant le généraliste comme l'acteur principal du premier recours (M. Albert, A. Deccache, P. Wallace)
- Il faut une organisation du premier recours qui lui donne le temps et les moyens de la recherche s'il en a la motivation et la compétence dans le cadre d'une Filière Universitaire.
- Si l'on veut des outils de décision qui nous soient propres et non édités sur des données anglo-saxonnes, si l'on veut mutualiser et comparer les données européennes en soins primaires, cette organisation est urgente et indispensable

### Obtenir une légitimité :

"Cette légitimité doit se gagner":(Mathieu Albert)

- en s'alliant avec des structures et des personnes reconnues pour leur expertise
- en développant dans son champ des acteurs de recherche bien formés dans les sous-champs intégrés (sciences, santé publique, sciences humaines et sociales)

- en publiant des travaux de recherche
- en publiant en anglais quasi seul accès aux revues de qualité
- en ayant une filière universitaire de Médecine Générale comme les autres disciplines

### Dégager des moyens financiers:

"Il n'existe pas de recherche sans argent, ni d'argent sans production de recherche"(M Albert)

Cette légitimité viendra de la reconnaissance de pôles régionaux, constitués d'équipes qui mèneront des travaux en continu.

C'est cette légitimité qui donne accès aux fonds de recherche et de recherche-formation.

### Conclusion

En conclusion, nous emprunterons à Bruno Latour, philosophe des sciences, les 5 horizons d'un espace de recherche qui résume bien l'esprit du Congrès

**1. mobiliser le monde :** mobiliser des données complexes issues du monde physique et du monde vécu, lisibles, manipulables, recombinaibles.

### 2. créer des collègues :

- produire des personnes capables de comprendre ce que l'on fait, ce que l'on dit,
- former les étudiants à la recherche, créer des équipes qui portent des projets communs.

### 3. s'allier à des acteurs pluriels :

- les intéresser aux deux opérations précédentes,
- chercher des partenaires, des synergies d'intérêt, des compétences, des expertises.

**4. mettre en scène l'activité scientifique :** par la publication, la médiatisation, la diffusion des idées.

**5. développer le contenu scientifique :** n'existe que grâce aux 4 premiers et les relie.

Cette séquence nous donne une idée de la hiérarchie des priorités dans les actions à mener.

### Bibliographie

BAREAU H, *L'épistémologie* –Que saisis-je? –puf.2002

BOURDIEU P, *Réponses*–ed Seuil-1992

BOURREL G, *Santé et complexité*, thèse de doctorat en SHS –univ PValery-Montpellier-1998

BOURREL,G, *Approche phénoménologique et maladies infectieuses* in "Médecine, maladie et société",ed Sauramps médical- 2005

DECCACHE A, LAVENDHOMME E, *Information et éducation du patient*,ed De Boeck- 1984

LATOUR B, *La science en action*, La découverte-1997

LATOUR B, *Le métier de chercheur*, INRA-2001

PONGY P, BABEAU R *Psychosomatique et médecine*, Sauramps médical- 2003

MUCCHIELLI A, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* –ed.A Colin-1996

MILES M, HUBERMAN M, *Analyse des données qualitatives*- 2°ed De Boeck 2003

SACKETT DL, *Evidence Based Medicine*, 2°ed-Edinburgh, Churchill Livingstone.2002-

STENGERS I, PRIGOGINE I, *La nouvelle alliance*, Folio essais- 1996



## La synergie Montpellier- Nîmes

**Michel Dauzat**

Coordonnateur du site Nîmois de l'UFR de Médecine de Montpellier Nîmes  
Directeur – Adjoint de l'UFR à la Synergie

Les relations entre la « Faculté de Médecine » de Montpellier, et ce que l'on appelait alors son «Annexe» Nîmoise, n'ont pas toujours été simples ni faciles. Les causes en sont multiples, mais les possibilités de progrès le sont aussi :

- Les **raisons** qui avaient conduit à la création de « *l'annexe nîmoise* » ont totalement changé depuis. Alors que la Faculté était confrontée à un « *trop-plein* » d'étudiants à la fin des années 1960, l'instauration du *numerus clausus* en a réduit considérablement le nombre : le site de Nîmes, qui accueillait initialement des promotions de plus de 100 étudiants, n'en recevait plus, à la fin des années 1980, qu'une trentaine. Ce chiffre était même tombé à 17 en 1991-92, et n'a été maintenu depuis à 25 que par une décision « de sauvegarde » du Conseil de Gestion. Il était dès lors compréhensible que la question de maintenir en « survie » le site de Nîmes soit posée de manière récurrente. Considérant que la Faculté de Médecine de Montpellier ne pouvait, à elle seule, disposer de la taille critique lui permettant de faire face aux défis du 21<sup>ème</sup> siècle, et que le site de Nîmes, isolé, ne pouvait survivre, le Doyen Claude Solassol a alors obtenu du Conseil de Gestion de la Faculté de Médecine la décision formelle, solennelle et définitive de maintenir le site nîmois et d'œuvrer à

sa rénovation. Ces dernières années, ce même Conseil de Gestion, sous l'impulsion du doyen Jacques Touchon, a décidé de fixer le nombre d'étudiants affectés sur le site de Nîmes à 1/3 du nombre total d'étudiants reçus au concours de première année. L'élargissement récent du *numerus clausus* aidant, les promotions ont à nouveau récemment et fortement augmenté, pour dépasser depuis 2 ans le chiffre de 70, utilisant pleinement les capacités des locaux rénovés. Dans le même temps, le site Nîmois était doté d'un Conseil de Coordination, et des outils permettant une gestion déléguée adaptée à la résolution des problèmes du quotidien.

- Lors de la signature (dans les années 1960), par la Faculté de Médecine de Montpellier et le Centre Hospitalier de Nîmes, de la Convention faisant de ce dernier un Centre Hospitalier Universitaire, les moyens matériels et humains disponibles étaient encore loin d'être au niveau d'un CHU. Des efforts considérables ont depuis été réalisés par les équipes administratives et médicales du CHU de Nîmes, pour le doter d'équipement de haut niveau, et le regrouper (ce qui est effectif depuis l'été 2003), sur le site de Carémeau, dans des locaux modernes et fonctionnels. Par contre, la croissance du nombre de médecins hospitalo-universi-

itaires affectés au CHU de Nîmes a été lente et difficile, amenant à plusieurs reprises le CHU de Nîmes et le CHU de Montpellier à s'affronter ou s'opposer. Les créations de postes étant devenues exceptionnelles, et plusieurs postes ayant même été supprimés dans les années récentes, l'augmentation du nombre de postes sur le site de Nîmes ne pouvait se faire que par un redéploiement de Montpellier vers Nîmes. Aujourd'hui, le site de Nîmes ne compte encore que 31 PU-PH et 11 MCU-PH, alors que ceux-ci sont respectivement 112 et 48 à Montpellier. Face au nombre, désormais important, d'étudiants suivant tout leur cursus de formation sur le site de Nîmes, une nouvelle répartition s'impose, mais n'est possible, dans l'état actuel des structures, que poste par poste à l'occasion des libérations par départ à la retraite. Quelques transferts ont ainsi pu être effectués ces dernières années, mais on ne peut espérer résorber ainsi le déficit dans des délais raisonnables.

- C'est ainsi que se pose la question du rôle respectif du site de Nîmes et du site de Montpellier : la « *mise en concurrence* », lors de chaque « *révision des effectifs hospitalo-universitaires* », des CHU de Nîmes et Montpellier, a été, bien souvent, génératrice de conflits, dans l'intervalle desquels chaque site éprouvait pour l'autre indifférence, ignorance, ou

méfiance. Lorsque la pérennité du site de Nîmes a été établie en principe, une solution a été recherchée dans la complémentarité : dans son acception la plus simple, il s'agissait d'envisager, en fonction de la situation des compétences et des outils, une répartition des activités hospitalières de pointe sur un site ou l'autre, en s'appuyant sur un consensus des équipes hospitalo-universitaires concernées. Pour aussi intéressants et positifs qu'ils soient, les progrès permis par cette Politique sont restés limités, non pas tant par les capacités d'entente et de collaboration au sein des disciplines, que par le cadre même de leur activité : deux CHU structurellement indépendants, rattachés à une seule et même UFR. L'évolution des mentalités et du contexte, mais aussi le renouvellement des générations, et les acquis des dernières années, sont tels que les conditions sont aujourd'hui réunies pour envisager une nouvelle phase des relations Montpellier - Nîmes, fondée sur la recherche d'une Synergie. La configuration particulière (2 CHU + 1 UFR) ne doit pas être vécue comme un handicap, mais comme un atout, offrant un degré supplémentaire de liberté. Il s'agit d'une politique de dévelop-

pement fondée non plus sur la notion de service ou de discipline, mais de Projet Hospitalier et Universitaire, prenant en compte ses aspects cliniques, pédagogiques, et de recherche, avec un objectif clair de contribution à la Santé Publique et d'insertion dans le tissu social et industriel régional. Dès lors, chacun des acteurs trouve sa place, et des équipes pluri-disciplinaires cohérentes se mettent en place, identifiant, pour chacune des missions essentielles, un référent (qui peut être administrativement rattaché au CHU de Nîmes ou de Montpellier, mais relève toujours de la même UFR). De telles équipes peuvent alors (et sans être en cela entravées par la délimitation stricte de leur structure de rattachement) contribuer à l'élaboration des projets d'établissement, et inscrire leur action dans un cadre ainsi harmonisé. Elles peuvent élaborer une prospective, proposer une définition et une répartition des moyens matériels et humains (ayant recours, aussi souvent que possible, aux postes partagés), et œuvrer au rapprochement des personnes et des pratiques.

Des étapes majeures ont été franchies : La nécessaire solidarité de Nîmes et Montpellier pour for-

mer un ensemble hospitalo-universitaire de haut niveau disposant de la masse critique nécessaire a été affirmée. La rénovation et la restructuration des locaux universitaires nîmois a été menée à bien. Le regroupement du CHU de Nîmes dans des locaux modernes, sur le même site, a permis de former un véritable Campus Hospitalo-Universitaire. Il reste à renforcer, sur le site de Nîmes, la Recherche, en consolidant les équipes actuelles, et en favorisant la venue de nouveaux chercheurs et l'émergence de nouvelles équipes. Le développement des sites de Montpellier et de Nîmes doit désormais être fondé sur la Synergie : en accord avec le projet médical de chaque établissement, les équipes doivent se rassembler pour construire des Projets Hospitaliers et Universitaires, et développer une action commune dépassant les divisions et les barrières.

L'aventure Médicale régionale pourra alors se résumer en 3 étapes :

- Montpellier - Nîmes
- Montpellier + Nîmes
- Montpellier x Nîmes

**La solution de cette dernière équation est le Progrès !**



### Sou la coordination de Laurent Visier MEDECINE - MALADIE - SOCIETE

2005 - 2 84023 411 4 - 120 pages

Prix : 15 €

Fléau de l'humanité, les maladies infectieuses ne constituent pas seulement une réalité d'ordre biologique. Elles sont ici appréhendées dans des aspects sociaux, historiques, anthropologiques, économiques, linguistiques et organisationnels.

Cet ouvrage est issu d'une collaboration interdisciplinaire initiée depuis plusieurs années au sein du laboratoire de sciences humaines et sociales de la faculté de médecine de Montpellier.



### C. Humeau, F. Arnal LA PROCREATIQUE

2004 - 2 84023 066 6

140 pages, nombreux schémas

Prix : 16 €



# L'atelier de production multimédia de la Faculté de Médecine

Rémi Pujol

**D**'où vient-il ?

Créé en 2003 par l'UFR Médecine et installé dans des locaux de l'UPM, cet atelier (un moment regroupé sous la bannière LIPCOM avec l'atelier audio-visuel) faisait suite, en l'officialisant, à la Cellule Multimédia du CRIC (Centre Régional d'Imagerie Cellulaire). Pendant 2 ans, le LIPCOM a pu bénéficier du travail d'organisation d'un ingénieur double compétence "*biologie-informatique*", qui laisse un bilan très positif (voir ci-dessous). Depuis la rentrée, l'atelier piloté par un enseignant (Rémy Pujol), comprend 1 personnel à temps plein (agent technique de l'UFR) et 2 à temps partiels (l'informaticien web-mestre de l'UFR et un infographe INSERM).

## Que fait-il ?

Le rôle de l'atelier est la conception, la production et la diffusion des ressources pédagogiques des enseignants, cliniciens et chercheurs de l'UFR de Médecine. Ses réalisations, sous la responsabilité du Conseil Pédagogique de l'UFR, sont de deux ordres :

- **Les Supports pédagogiques** sur le site pédagogique de la Faculté :

[http://www.med.univ-montp1.fr/espace-peda/f\\_parents.htm](http://www.med.univ-montp1.fr/espace-peda/f_parents.htm).

Ces ressources (cours, support de cours, d'ED, ou de TP), réalisés sous deux formats : documents

pdf et documents html, sont placées sur le site selon une arborescence classique : 1<sup>er</sup> cycle, 2<sup>ème</sup> cycle, modules, etc. Une démarche pédagogique concertée a donné la priorité aux modules du 2<sup>ème</sup> cycle. Au 10/10/05, 143 produits sont en ligne et une vingtaine en cours de réalisation!

## - Les outils pédagogiques.

Ce sont des logiciels spécifiques, développés par l'atelier avec les enseignants, pour mettre à leur disposition des outils ergonomiques de création de supports didactiques d'auto-formation et d'auto-évaluation pour les étudiants. Actuellement, 3 outils sont disponibles et une formation "*à la carte*" va être proposée aux enseignants désireux de les utiliser :

- **QCMSOFT** : Outil de génération de QCM publiés sur le WEB, validé par l'Université Ouverte Montpellier Languedoc Roussillon(UO-MLR).

*Originalités* : questions sur images sensibles, liens entre questions pour éviter les réponses aléatoires, statistiques, etc..

- **Etude de Cas (cliniques)** : Outil de production d'exercices "*type étude de cas*" publiés sur le WEB.

- **Glossaire (médical) Illustré** : Outil permettant la production d'un glossaire illustré publié sur le WEB.

## Où va-t-il ?

Au niveau de l'Université Montpellier 1, une réflexion est en cours pour la création d'une structure plus centralisée dans laquelle l'atelier actuel pourrait trouver sa place, peut-être à l'intérieur d'une cellule élargie au Pôle Santé. Il faut aussi tenir compte de la réflexion globale sur les ateliers de production au sein de l'UO-MLR (Université Ouverte Montpellier Languedoc-Roussillon). Quelle que soit la solution choisie, il y a pour l'UFR Médecine, une nécessité à poursuivre l'action engagée.

En pratique : l'objectif étant, à moyen terme, de placer sur le site la totalité des documents pédagogiques, il faut que les responsables de modules rassemblent les documents les concernant et les transmettent sous un format approprié (.doc, .ppt, .jpg, etc.) au responsable de l'atelier. Celui-ci supervise la réalisation du document final (pdf ou html), le propose à l'auteur et, avec son accord, le met en ligne.

*Contact* (pour en savoir plus, tester les outils, etc.)

[rpujol@montp.inserm.fr](mailto:rpujol@montp.inserm.fr)

UPM,

641, Avenue

du doyen Gaston Giraud,

34093 MONTPELLIER Cedex

5, tel 04 67 41 58 02

## Pôle Universitaire Européen de Montpellier et du Languedoc-Roussillon

Jean-Paul Fernandez - [www.poluniv-mpl.fr](http://www.poluniv-mpl.fr)

Le Pôle Universitaire Européen, présidé par le Pr Henri Pujol, est un Groupement d'Intérêt Public qui comprend l'ensemble des établissements d'enseignement supérieur de la région, Agropolis et les collectivités territoriales : Région Languedoc-Roussillon, Département de l'Hérault, Communauté d'agglomération de Montpellier et Ville de Montpellier.

Onze pôles de même type existent en France. Leur objectif principal est de contribuer à la lisibilité internationale du site universitaire et scientifique où ils sont implantés.

Une des missions majeures du Pôle Universitaire Européen de Montpellier concerne l'accueil et l'information aux étudiants et chercheurs internationaux.

Les étudiants internationaux qui arrivent à Montpellier pour des études trouvent aujourd'hui au Point Accueil Etudiants Internationaux du Pôle toutes les informations nécessaires à leur installation. Par convention avec la Préfecture de l'Hérault, le Pôle est centre de dépôt des demandes de titre de séjour des étudiants internationaux.

L'accueil est assuré par des étudiants, français et/ou étrangers. Six langues officielles sont aujourd'hui parlées au Point Accueil ; le français, bien sûr, mais aussi l'anglais, l'espagnol,

l'allemand, l'arabe et le chinois. Formalités à l'arrivée (inscription à l'université, organisation des études, titre de séjour, assurance médicale), conditions de vie à Montpellier (logement, aides) et de séjour (culture, sport, loisirs) sont ainsi les principales informations dispensées à un jeune étudiant international lors de son arrivée dans notre région.

Pour préparer les candidats internationaux à un séjour universitaire à Montpellier, le petit guide "Etudier à Montpellier"

édité par le Pôle et le CROUS est adressé à chaque étudiant pré-admis dans un établissement.

Pour faire face à de nombreux problèmes rencontrés par les étudiants internationaux en matière de logement, le Pôle et le CROUS se sont associés pour mettre en place le P.H.A.R.E. (Point Hébergement Accueil, recherche des Etudiants Etrangers). Son rôle est d'apporter un soutien personnalisé à la recherche d'un logement : aide à l'élaboration d'un budget, aide à



Point d'accueil étudiants Internationaux  
rentrée universitaire 2004-2005





Maison universitaire internationale  
P. Tourré - Architecte

la prise de rendez-vous avec les propriétaires, offres de logement, conseils juridiques et un accès internet.

Enfin le Pôle s'apprête à ouvrir en octobre prochain, la "Maison universitaire internationale", au rond-point de la Lyre, dans le Nord de Montpellier. Cette maison, qui comprendra 85 logements, a pour but d'héberger les

professeurs invités, chercheurs, enseignants et post-doctorants. Cette initiative montre qu'il ne suffit pas d'attirer pour une durée déterminée des partenaires internationaux, encore faut-il savoir les accueillir.

Au-delà de cette mission importante qu'est l'accueil, le Pôle participe - au développement de la promotion de la recherche et de l'Enseignement supérieur - à l'in-

sertion des jeunes diplômés (Master, Doctorat) - à la diffusion de la culture scientifique, technique et industrielle.

Jean-Paul Fernandez, directeur  
**Contact :** [direction@poluniv.univ-montp2.fr](mailto:direction@poluniv.univ-montp2.fr)



## Les chiffres de l'année universitaire 2004-2005 :

Étudiants : 1 572  
Passages : 5 239  
Consultations : 5 598  
Nationalités représentées : 130

Dossiers de demande de titre de séjour déposés à la Préfecture de l'Hérault : 1 072  
Le P.H.A.R.E. : 518 étudiants accueillis

## Une association est née : « Ici, là-bas »

Benjamin Hamel, Président d'« ici, là-bas »

Rabelais

Depuis maintenant deux ans la Faculté de médecine de Montpellier est pourvue d'une association humanitaire de plus en plus présente dans le paysage de la vie étudiante.

Grâce à notre projet fondateur au Burkina Faso nous avons pu nous faire connaître et nous développer notamment au travers d'actions locales.

L'association « **Ici, là-bas** » est née de la fusion entre l'ACM humanitaire (issue de la branche humanitaire de l'ACM (Association Carabine de Montpellier), et l'AMESF (Association Montpelliéraine des étudiantes Sages Femmes).

Ce changement de nom vient conclure un travail de structuration qui a commencé voilà deux ans.

Nous l'avons choisi comme symbole des actions de solidarité locale et nationale que nous menons sur Montpellier, mais aussi de nos actions de solidarité internationale.

Parce que la médecine est une science humaine, que la science nous est enseignée par des cours magistraux, et que l'humain s'apprend par la pratique, à l'hôpital certes, mais également au travers d'actions comme celles que nous défendons, où nous apprenons à nous occuper de personnes âgées (animations en maison de retraite), ou d'enfants (hôpital des nou-nours ou notre projet au Burkina Faso)...



Parce qu'être étudiant en médecine ou sage femme c'est aussi apprendre à s'occuper des autres, nous tentons du mieux que nous pouvons de nous rendre utiles grâce à des actions qui ont certes une petite échelle mais qui se veulent concrètes.

Pour en savoir plus sur nous et nos action « *Ici, là-bas* » inaugurer un nouveau site internet : [www.icilabas-montpellier.org](http://www.icilabas-montpellier.org) Vous y trouverez une explication à tous nos projets ainsi que de nombreux autres renseignements.



## Promotion 2005

La cérémonie de remise des diplômes de fin de 2<sup>ème</sup> cycle est désormais une tradition à la Faculté de Médecine. Elle a été présidée le 20 Octobre par le Doyen Jacques Touchon. Cette soirée conviviale a précédé la dispersion le 1<sup>er</sup> Novembre de la promotion 2005 des étudiants devenus internes vers les 4 coins de l'horizon.

Sur 128 étudiants, 60 sont restés dans notre inter-région Sud, dont 43 à Montpellier, les autres ont rejoint les régions Rhône-Alpes (20), Sud-Ouest (19), Nord-Est (12), Nord-Ouest (6), Ile de France (5) et Ouest (4).

Leurs choix de spécialité se sont portés sur la médecine générale (57), les spécialités médicales (28), les spécialités chirurgicales (13), la pédiatrie (9), la psychiatrie (8), l'anesthésie-réanimation (6), la gynécologie-obstétrique (3), la médecine du travail (2), la santé publique (1) et la biologie médicale (1).

Marianne Serveaux, cheville ouvrière de cette soirée a écrit dans l'annuaire édité pour l'occasion : « *Et oui, ce moment tant attendu approche où, pleins d'espoir, nous franchirons le seuil de l'hôpital avec la sensation enivrante, enfin, de se sentir utile !* »

Bon vent à nos jeunes collègues, qui figurent sur cette belle photo de promotion.

**Michel Voisin**

**L**e professeur **Jacques Roux** s'est éteint au mois de mars dernier.

Professeur de Bactériologie, spécialiste internationalement reconnu des brucelloses, il avait occupé par ailleurs d'éminentes fonctions. Nous ne manquerons de lui rendre un plus particulier hommage dans un prochain numéro.



**L**e Docteur **Pedro Montoya** est décédé le 12 Juin 2005. Il était né en 1948, au sein d'une famille douloureusement marquée par les événements de la guerre d'Espagne. Après des études secondaires en Arles, il intégra la Faculté de Médecine de Montpellier à l'automne 1965, et fut reçu interne des hôpitaux au concours de 1971, 5<sup>ème</sup> d'une promotion de 20. D'emblée, il s'orienta vers la chirurgie infantile, dans le sillage du Professeur Jean-Gabriel Pous, dont il fut le chef de clinique, puis le praticien hospitalier. Avec lui, il développa la chirurgie plastique, notamment la chirurgie réparatrice des malformations de la face et du voile du palais. Comme son maître, il pratiquait une chirurgie intelligente, attentif à la fonctionnalité autant qu'au résultat anatomique. Son adresse chirurgicale et son enseignement didactique lui ont valu une notoriété nationale, tant dans le milieu chirurgical que dans diverses sur-spécialités pédiatriques. En 2003, dans le cadre de la réforme hospitalière, c'est tout naturellement qu'il fut élu par ses pairs coordonnateur du pôle d'activité « Enfants » du CHU. Il a été terrassé par une pathologie foudroyante, alors qu'il consacrait la plus grande partie de son temps au fonctionnement de l'hôpital d'enfants. J'ai eu le privilège de cheminer 40 ans aux côtés de Pedro Montoya ; nous étions de la même promotion, de la même conférence d'internat. C'était un homme fier, et de ce fait de caractère pas toujours facile ; un homme intelligent, analysant les problèmes avec rapidité et pertinence ; un homme cultivé, aimant la lecture et les arts. La Faculté de Médecine le reconnaît comme l'un des siens bien que les circonstances ne lui aient pas permis d'y faire carrière ; ainsi, de très nombreux collègues, autour du Doyen Touchon, étaient présents le jour de ses obsèques pour entourer son épouse, le Docteur Françoise Montoya et leurs enfants.

**Michel Voisin**

### Félix Tiémagni s'est éteint le 20 mai 2005 .

Il était né 36 ans plus tôt au Cameroun.

Il a fait ses études en France où il devint pharmacien puis médecin généraliste en novembre 2004.

Durant ces 7 ans passés au sein de notre Faculté, il aura laissé son empreinte dans nos mémoires et dans nos cœurs :

Félix a toujours été tourné vers les autres, pour les connaître et parfois pour les aider.

Sûrement à cause de sa maladie, il a toujours mieux compris les autres et toujours mieux su trouver les mots, que ce soit pour ses patients ou pour ces étudiants en galère qui allaient le trouver lui, l'élú du CROUS .

Ensuite, il s'est lancé à fond dans l'aventure de la médecine générale.

Il a d'abord présidé FMG-Languedoc, une association qui organisait des conférences de médecine générale pour les passionnés et les curieux de cette spécialité.

Puis il a été secrétaire de l'association des internes de médecine générale pour laquelle il a rédigé les statuts.

Pour les internes, il a donné de l'énergie et du temps, entre 2 rechutes, entre 2 chimio.

Par ses propositions il avait gagné le respect de ses pairs et des autres, il a toujours construit et pas détruit, il n'a pas beaucoup parlé mais il a beaucoup agi.

Enfin il était membre jusqu'à ce funeste soir de mai du département de médecine générale où il aurait eu à jouer un grand rôle, il va nous manquer.

Il aurait pu tout arrêter mais ça aurait voulu dire baisser les bras et perdre contre la maladie.

Félix était un lion indomptable qui s'est battu.

Il a été un hyperactif montrant à ses filles tout son bonheur de vivre et la joie qu'il avait d'être en famille.

Mon ami, ton rire, tes sermons et ton énergie vont me manquer, la maladie t'a finalement dompté.

Je ne t'oublierai jamais tu nous a donné tant.

J'ai une pensée très forte pour ceux qui restent, qui sont tristes et qui sont seuls car le vide laissé est immense.

J'ai une grande pensée d'amour pour tes trois chéries : Cécile, Flora et Nelly.

**David Costa**