

## **Discours de Frédérique Vidal pour l'ouverture du Séminaire inter-assises hospitalo-universitaires**

*Nancy le 16 novembre 2017*

**« seul le prononcé fait foi »**

Madame la Rectrice,  
Monsieur le Préfet,  
Monsieur le Directeur Général de l'ARS,  
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,  
Mesdames et Messieurs les Présidents d'universités, Doyens, Directeur Généraux, Présidents de CME,  
Chers collègues,  
Mesdames et Messieurs

Vous m'avez invitée à participer à vos « inter-assises », moment de réflexion avant les assises de 2018, qui marqueront également le 60<sup>ème</sup> anniversaire de nos centres hospitaliers et universitaires. 60 ans après des évolutions du modèle hospitalo-universitaires sont probablement nécessaires, conservant ce qui en fait le succès, et l'ajustant aux enjeux de demain. La réflexion qui a présidé à la création des CHU mérite d'être rappelée.

L'enseignement de la médecine est depuis près de 1 000 ans organisé dans l'université et nous avons eu l'occasion récemment d'inaugurer à Montpellier les nouveaux locaux de la plus ancienne faculté de médecine d'Europe encore en activité, vieille de 800 ans. Mais les liens de ces facultés avec l'activité clinique étaient alors ténus, et les étudiants recherchaient, hors de l'université un enseignement pratique auprès des praticiens de l'époque. L'enseignement théorique, parfois dogmatique de « la faculté » n'a pas eu que des laudateurs. Les hommes de théâtre en tireront quelques chefs d'œuvre. Pourtant la nécessité d'une organisation particulière, par l'état et dans l'université, de l'enseignement de la médecine traverse les siècles et les « écoles de médecine » sont parmi les premières structures de formation recrées après la révolution française.

Progressivement au 19<sup>ème</sup> siècle, la méthode anatomo-clinique, et la physiologie expérimentale créeront les liens entre observation du corps vivant ou mort, expérimentation, compréhension des phénomènes biologiques et activité médicale. Néanmoins jusqu'au début

du 20<sup>ème</sup> siècle, les données issues des sciences permettent de mieux comprendre la maladie, parfois d'en prévoir l'évolution, rarement d'agir efficacement. Les différents temps de l'activité de soins, d'enseignement et de recherche, pour utiliser les termes d'aujourd'hui restent donc ancrés dans des mondes et des temporalités différents.

Cette situation se modifiera profondément au 20<sup>ème</sup> siècle. En cinquante ans apparaissent les anesthésiques, et les possibilités nouvelles qu'ils donnent à la chirurgie, la radiologie et la radiothérapie, la vaccination, les antibiotiques, puis l'ensemble des familles thérapeutiques que nous connaissons aujourd'hui. Le lien entre science et médecine, entre recherche, innovation et progrès thérapeutique devient visible pour chacun. Ceux que l'on n'appelle pas encore les hospitalo-universitaires, les Minkowski, Hamburger, Bernard, Debré comprennent que l'organisation française de l'époque ne permet pas de relever les défis. S'inspirant tout à la fois des réflexions du Conseil National de la Résistance, et du rapport Flexner qui a modifié en profondeur l'enseignement de la médecine aux Etats-Unis, les ordonnances de décembre 1958 créent les centres hospitaliers et universitaires et le concept d'une activité à temps plein, partagée entre soins, enseignement et recherche, dans un même environnement institutionnel.

Ce rapide survol nous rappelle donc que les CHU sont une réponse, qui a été extrêmement efficace, aux défis d'un moment, et qu'ils sont nés de la volonté d'une avant-garde de faire évoluer le cadre institutionnel pour tenir compte des évolutions scientifiques et en révéler les potentialités. Les CHU sont les structures qui ont permis à la biomédecine du vingtième siècle de se développer dans notre pays. Ce sont les lieux de la réalisation de la première chirurgie à cœur ouvert, ou de la première transplantation et ceci a été possible parce que l'acquisition des connaissances en biologie, le développement de nouvelles technologies et les soins étaient pensés au sein d'une même organisation qui permettait aussi la transmission des connaissances d'une génération de praticiens à la suivante.

Pour tenter de définir l'avenir de nos CHU, il faut donc que nous envisagions quels sont les défis d'aujourd'hui. Les différences entre 2017 et 1957 sont nombreuses mais je voudrais en évoquer quelques-unes.

La transition épidémiologique, et le poids des maladies chroniques bouleversent profondément l'organisation des soins. Le développement de thérapeutiques innovantes permettant de guérir des maladies aiguës justifiait l'existence d'un « centre » hospitalier et universitaire, vers lequel convergeaient des patients présentant des situations graves avant de repartir vers la périphérie du système si possible guéris. Le suivi au long cours de patients présentant des maladies chroniques et souhaitant vivre dans leur environnement, modifie en profondeur cette organisation et doit nous conduire à envisager que la graduation du niveau de technicité ne se superpose plus toujours à la distance géographique. Cette évolution d'une organisation centralisée à une organisation réticulaire impose d'autres relations entre

l'université et les différents acteurs de l'offre de soins. L'association des CHU à tous les groupements hospitaliers de territoire répond à cette logique de réseau, et doit donc impliquer pleinement les universités. L'articulation des universités avec les soins primaires est également nécessaire pour produire des connaissances qui permettront de répondre aux défis persistant, notamment aux inégalités sociales de santé. C'est le sens des maisons universitaires de santé que nous venons de créer et qui doivent se considérer comme un poste avancé de l'université. Enfin les innovations permises par la télémédecine doivent conduire à une autre perception de la distance, permettre autrement l'accès pour tous aux meilleurs soins, projeter les équipes des CHU hors de leurs murs. Ces évolutions impliqueront de nouveaux métiers, notamment dans le champ de la coordination des soins, et nous devons donc développer de nouvelles formations.

L'environnement scientifique s'est transformé également.

Les évolutions de la biologie restent une source déterminante des progrès de la médecine. Les CHU sont un peu plus jeunes que la découverte de l'ADN, et ils ont mis en œuvre les progrès thérapeutiques permis par la compréhension de la machinerie cellulaire. Nous sommes aujourd'hui à l'orée d'une nouvelle révolution avec l'avènement de la médecine personnalisée. La biologie moléculaire ne décrit plus seulement les caractéristiques générales du vivant mais bien les propriétés de tel individu. Pour saisir cette formidable opportunité, le gouvernement a lancé le plan France médecine génomique 2025. L'organisation retenue pour articuler les différentes mesures de ce plan est une grille de lecture possible des évolutions du monde hospitalo-universitaire. L'accès aux meilleurs soins doit être possible pour tous et partout, et les plateformes de séquençage doivent donc irriguer l'ensemble du territoire. Les meilleures technologies doivent être disponibles et mises à jour et ceci exclut que chaque CHU développe isolément une activité de génomique, et impose des collaborations, à l'échelle régionale ou suprarégionale. Les porteurs des projets soumis dans le cadre du premier appel à projet l'ont bien compris, et dépassant les cadres institutionnels ont construit des consortiums d'excellence. Enfin les données doivent être regroupées nationalement, tant pour permettre le meilleur diagnostic possible de situations cliniques même rares, que pour alimenter une activité de recherche et l'insérer dans les réseaux européens. On retrouve ainsi, pour des raisons à la fois d'organisation des soins et d'organisation de la recherche un fonctionnement en réseau, incluant tous les acteurs dans une logique de mutualisation et de coopération.

Mais la biologie n'est pas la seule science en interaction étroite avec la médecine. L'explosion des données, qu'elles soient issues des « omiques » ou de la numérisation de l'activité clinique va accroître les interactions entre les sciences dites dures, notamment les mathématiques et l'informatique et la santé. Notre modèle hospitalo-universitaire actuel ne nous donne probablement pas tous les atouts pour répondre à cet enjeu. Les interactions entre les CHU et tous les secteurs de l'université, au-delà des composantes de santé, doivent être

développées. Cette évolution est nécessaire dans le champ de la formation ou le développement de cursus mixtes de biomathématiques, bioinformatique, bio-ingénierie est une nécessité stratégique, comme dans celui de la recherche. Le secteur de la santé continuera de croître dans nos sociétés et nécessitera des compétences au-delà du champ d'activité des professionnels de santé. Nous devons anticiper ces évolutions.

Enfin la société et ses attentes ont changé. Le modèle paternaliste qui imprégnait tant la relation « maître-élève » comme on l'appelait, que médecin-patient a vécu. Dans les deux cas, l'heure est à la co-construction, du parcours de l'étudiant, ou de la décision clinique. Etudiant et Patient sont devenus des partenaires à part entière de nos institutions, ce qui n'était pas le cas en 1958. Pour penser ces évolutions il nous faut des outils, là aussi issus d'autres secteurs de connaissance que la biologie. L'interaction du secteur de la santé avec les sciences humaines et sociales, le droit, l'économie et la gestion est nécessaire. Elle permettra de comprendre les limites des organisations actuelles, de lever des verrous, d'imaginer d'autres possibles.

C'est donc bien à la lumière des défis d'aujourd'hui que nous devons imaginer l'avenir des CHU.

Ce gouvernement a l'ambition de transformer profondément le pays, et les transformations ne sont profondes que si elles sont métabolisées, intégrées, incarnées dans la réalité des pratiques.

Nous leverons les verrous qui peuvent limiter les initiatives par exemple en proposant l'assouplissement des conditions de regroupement des établissements universitaires et en favorisant les partenariats associant les CHU. Nous poursuivrons une politique d'appel à projets permettant l'émergence de pôles d'excellence et la structuration des relations de ces pôles avec leur environnement et avec le tissu économique. Le quatrième appel à projet RHU sera lancé dans les jours qui viennent et permettra de soutenir des coopérations entre équipes hospitalo-universitaire et industriels. Nous interviendrons pour développer des activités qui sont nécessaires et peuvent être mal à l'aise dans le cadre actuel comme nous l'avons fait pour la pédopsychiatrie ou pour la médecine de soins primaires. Nous coordonnerons au niveau national les politiques répondant à des enjeux stratégiques comme le plan France médecine génomique déjà évoqué ou les politiques coordonnées de recherche et de transformation des pratiques concernant la résistance antimicrobienne. Nous soutiendrons les initiatives permettant les interactions entre les CHU et l'écosystème de l'innovation en santé, notamment au travers d'incubateurs au plus près des structures de recherche et de soins.

Mais, avec vous, nous raisonnerons toujours davantage à partir des objectifs et des projets qu'à partir des structures. Ce que nous devons assurer sur le long terme c'est la diffusion de l'innovation en santé à tous, la compétitivité de nos entreprises dans le secteur des biotechnologies et de l'e-santé, la formation des jeunes aux métiers de demain, la fertilisation

croisées entre des champs de connaissance différents. C'est à l'aune de leur capacité à atteindre ces objectifs que des modifications de nos institutions, de nos modes de financement, des statuts des personnels seront jugés et c'est donc avec ces objectifs en tête que vous devez les proposer.

Constatant la vivacité de vos travaux, nous avons en effet, Agnès Buzyn et moi-même, confié aux présidents de vos conférences la mission de nous proposer ces évolutions, avant que les CHU n'atteignent leurs 60 ans.

Je vous remercie.