



« Hôpital public, hôpital citoyen »

Conversation #12, avec Jean Sibilia

Jean Sibilia est médecin, PU-PH en rhumatologie au CHU de Strasbourg, Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine et doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg. Il revient sur le modèle proposé par le « Manifeste citoyen pour un Hôpital public, acteur et coordonnateur territorial du soin, de la formation et de la recherche » et engage une réflexion prospective sur son avenir, engagé sur le territoire et écoresponsable.

#hopitaldufutur : Jean Sibilia, vous avez réfléchi à l'hôpital de demain dans le cadre du Manifeste citoyen pour l'Hôpital public. Quelles sont ses caractéristiques ?

Jean Sibilia : Je commencerai peut-être par essayer de poser les pierres de la dimension de l'édifice qu'on appelle hôpital de demain. D'abord la dimension architecturale : j'ai fait un voyage d'étude il y a deux ans, en Californie, pour visiter les nouveaux hôpitaux qui venaient d'être construits, privés et publics, comme ceux de l'Université d'Howard et le Mont Sinai Hospital aussi. On a visité pendant 8 jours une douzaine de structures hospitalières, dont certaines ont été rénovées. Et j'ai été frappé à chaque fois par la mise en avant d'une dimension architecturale, et notamment de la qualité de vie écoresponsable, incluant chez eux une dimension de construction antisismique, liée au Big One, qui entraîne des coûts de structure impressionnant. L'Hôpital des enfants de 600 lits d'Howard, c'est 7 milliards d'euros ! L'environnement d'accueil pour les patients, les familles et les soignants, est absolument fondamental. L'objet principal de ce voyage d'étude, c'était de voir comment l'intelligence

Le podcast



« J'ai fait un voyage d'étude il y a deux ans, en Californie, pour visiter les nouveaux hôpitaux qui venaient d'être construits »

artificielle et l'algorithmie pouvaient impacter les nouvelles structures hospitalières. Je m'attendais à un impact très fort sur la partie médicale, et bien pas du tout, il n'y a aucune différence avec par exemple Strasbourg, l'IHU, la radio interventionnelle, etc., on est à peu près au même niveau. Là où ils ont une année lumière d'avance, c'est sur l'impact du numérique dans l'organisation, les flux de patients, dans l'organisation quotidienne : comment on délivre les repas, comment les gens se connectent, comment ils peuvent contacter leur infirmière dans le service, la qualité des écrans et de l'interface entre le système et le patient. Evidemment, avec des coûts très différents, le financement de la santé aux Etats-Unis n'est pas du tout pareil ! Dans cet hôpital de 600 lits, le système d'information coûtait entre 70 et 100 millions d'euros. C'est une dimension importante, car le numérique et le digital doivent se mettre au service des gens qu'on accueille, de leurs familles et des soignants au sens large, professeurs, internes, l'étudiant soignant et tous les partenaires du soin, et il faut inclure aussi l'administration hospitalière, avec la logistique. Toutes ces organisations doivent se projeter dans l'hôpital de demain avec des outils qui facilitent le quotidien.

Le troisième volet que je trouve vraiment intéressant, c'est celui que j'appellerai « centre intégratif ». C'est-à-dire qu'on a un petit défaut dans notre pays, même si on a un système de santé qui a des qualités, on n'a peut-être pas pris le virage, pas partout en tout cas, d'une organisation de l'ensemble des acteurs autour d'une thématique, et en y intégrant soin, recherche, innovation, partenariat, comme dans les IHU par exemple. L'hôpital fonctionne comme quelque chose de très sectorisé, très vertical, avec un hôpital, des services, des pôles. Et finalement, cela ne peut pas fonctionner ! Car plus vous allez renforcer ce type de système, plus vous allez renforcer l'ego et le syndrome de la baronnie des uns et des autres. Il faut rappeler quand même qu'on a défait cette baronnie des services pour en faire des pôles, justement pour donner de la flexibilité, de l'agilité et de la transversalité, mais HPST n'a pas réussi. Il faut trouver dans l'hôpital de demain une nouvelle organisation beaucoup plus moderne. Je trouve qu'une organisation par grand thème est plus juste, parce que ça va vous permettre de mettre dans une même structure des gens qui vont par exemple s'intéresser au thorax, ou au cœur et poumons, il y a une vraie synergie thématique. Il faut se dire que l'hôpital est au service du soin et de la prévention, et que l'organisation tourne autour du soin et d'une filière de soins. Ce n'est pas très compliqué, on peut très bien imaginer des grands domaines, tels que le thorax, car pneumologues et cardiologues ont quand même des points d'ancrage commun. Idem pour le digestif, on le voit bien à Strasbourg, entre chirurgiens digestifs, hépato-gastro, radiologues interventionnels et autre, on se retrouve ! Et sur l'endoscopie interventionnelle, finalement on s'en fiche de savoir si cela revient au chirurgien ou au médecin, ça aussi c'est d'un autre temps ! Pour dépasser ce cap-là, je pense qu'il faut réfléchir en fonctionnalité de soin et de prévention, autour de grands thèmes. Vous pourriez faire un troisième grand pôle, le cerveau et la moelle, à l'image de l'ICM, où vous retrouverez les radiologues, les neurologues, les ORL, les neuro-vasculaires... Evidemment, aucun système n'est parfait, aucun ne permet un découpage idéal, donc ce sont des choix qu'il faut faire, trouver le meilleur. Il y aura malgré tout des overlaps, parce que dans ce système que je vous décris, il y a des structures communes, les réanimations, la pharmacie... On peut imaginer qu'en complément de ces grosses structures, on réfléchisse à ce qui est au maximum mutualisable, les plateaux, d'imagerie, d'anapath, d'autres technologies, et notamment en intégrant dans cet hôpital de demain, du soin translationnel. Aujourd'hui, nous avons des techniques qui passent très vite de la recherche translationnelle à la recherche appliquée. Je prends un exemple, quelque chose qu'on a loupé : France Génomique 2025. On s'est rendu compte qu'on a construit des stratégies génomiques dans les grands instituts de recherche, mais en quelque mois, parce que la technologie évolue par saut quantique, non linéaire. On s'est construit une stratégie un peu trop linéaire avec des instituts de recherche fondamentaux qui développent la

« Et j'ai été frappé à chaque fois par la mise en avant d'une dimension architecturale, et notamment de la qualité de vie écoresponsable »

« Là où ils ont une année lumière d'avance, c'est sur l'impact du numérique dans l'organisation, les flux de patients, dans l'organisation quotidienne »

« Toutes ces organisations doivent se projeter dans l'hôpital de demain avec des outils qui facilitent le quotidien »

« Il faut trouver dans l'hôpital de demain une nouvelle organisation beaucoup plus moderne. Je trouve qu'une organisation par grand thème est plus juste, parce que ça va vous permettre de mettre dans une même structure des gens qui vont par exemple s'intéresser au thorax, ou au cœur et poumons, il y a une vraie synergie thématique »

« On peut imaginer qu'en complément de ces grosses structures, on réfléchisse à ce qui est au maximum mutualisable, les plateaux, d'imagerie, d'anapath, d'autres technologies, et notamment en intégrant dans cet hôpital de demain, du soin translationnel »

génomique pour les maladies rares, mais le jour où la génomique est devenue une application quotidienne, par exemple en cancérologie, on a été incapable de construire l'outil de soin quotidien. Pour trois raisons simples : en premier lieu, il y a déjà l'outil et ça coûte trop cher ; deux, on n'a pas les compétences pour dupliquer, et trois, qui paye ? L'hôpital n'a pas envie de payer une prestation qui est faite dans l'institut à côté. Plutôt que de faire ça, peut-être qu'il faut voir ces plateformes dans une vision de continuité, avec une sorte de guichet dans les structures de soin, pour permettre l'application directe. Afin qu'on n'ait pas besoin de reconstruire en permanence de nouveaux outils, parce que l'obsolescence est telle, que on ne peut pas se permettre de le faire en permanence. France génomique 2025, on a pu installer 3 plateformes seulement, mais il y a plein de centres qui ne peuvent pas ! Il y a plein d'hôpitaux qui dupliquent maintenant en faisant des plateformes de biologie moléculaire-diagnostic dans le domaine du cancer, puis des maladies rares. Imaginez le surcôt lié à la démutualisation de ce type de structure ! Malheureusement, on est obligé de les multiplier et pas forcément avec la qualité qu'on souhaiterait, parce qu'on est sous la pression des besoins diagnostiques du quotidien et qu'il faut faire au plus vite. Ça, c'est une dimension absolument fondamentale de réorganisation fonctionnelle, autour d'une question médico-chirurgicale, avec des plateformes qui sont les plus partagées par l'ensemble de ces structures-là. On en arriverait à un hôpital construit sous la forme d'un institut thématique et de plate-forme partagée, avec une logistique organisationnelle qui pourrait se faire par une administration hospitalière agile et flexible.

Ce dernier point 3 est majeur. Quand je dis intégratif, c'est qu'on intègre soins, formation et recherche, c'est-à-dire que le chercheur est présent dans cette structure. Je crois que l'Inserm est prêt à jouer le jeu. Plutôt que d'installer l'équipe Inserm dans un bâtiment sur un campus à 25 km et faire de telle sorte que la collaboration est difficile. J'ai vécu ça aux États-Unis il y a 25 ans, quand vous étiez dans un institut à l'hôpital, il suffisait d'ouvrir la porte pour passer dans le labo de recherche, et je peux vous dire que ça dynamise drôlement la recherche ! J'intégrerai aussi dans cette organisation des start-ups et des collaborations industrielles, c'est vraiment important ! Il faut donc imaginer une organisation modulaire et évolutive, parce que les start-ups ont des demi-vies courtes parfois, on doit être capable d'installer les choses de façon architecturale et le construire de telle sorte que ce soit flexible.

Un quatrième point qui me paraît important, c'est que l'hôpital doit certainement sortir de ses murs. L'hôpital de demain ne peut plus rester enfermé dans des bâtiments, même s'ils sont, comme je les ai décrits, des instituts au sein d'un campus lié à la recherche. Même ça, je pense que c'est fini, parce que l'hôpital a des responsabilités territoriales, populationnelles, en lien direct avec les autres acteurs de santé. Il faut que demain l'ensemble des acteurs puissent collaborer, et que dans les CPTF tous les acteurs soient représentés. L'hôpital a un rôle dans cette organisation des soins : il faut qu'il soit ouvert sur ses territoires, ouvert dans le cadre des filières de soins. Au sein de la commission, on estime que l'ensemble du territoire de santé est un territoire lié, avec une gradation à la fois des soins et aussi des missions de formation et de recherche. On pourrait à ce moment-là avoir un système formation-recherche-soin gradué, avec un rôle dévolu à chacun des acteurs. J'essaye de faire ça depuis quelques années en Alsace, en essayant d'avoir une faculté de médecine ouverte sur les territoires, même si ce n'est pas abouti, avec des maisons de santé universitaires, avec une ouverture sur les hôpitaux généraux, des maîtres de stage universitaires dans les cabinets de médecine générale, de telle sorte qu'on ait un tissu. Je n'ai plus le faire malheureusement que pour la partie formation pour l'instant, c'est plus simple, mais si je pouvais étendre mon expérience dans un réseau de recherche en soins premiers... Evidemment que je ne vais pas demander à mon médecin généraliste de faire de la recherche sur une maladie rare, mais il va travailler sur les problématiques de recherche en soins premiers, qui sont sous-exploitées. Et puis pour le soin,

« On en arriverait à un hôpital construit sous la forme d'un institut thématique et de plate-formes partagées, avec une logistique organisationnelle qui pourrait se faire par une administration hospitalière agile et flexible »

« On intègre soins, formation et recherche, c'est-à-dire que le chercheur est présent dans cette structure »

« J'ai vécu ça aux États-Unis il y a 25 ans, quand vous étiez dans un institut à l'hôpital, il suffisait d'ouvrir la porte pour passer dans le labo de recherche, et je peux vous dire que ça dynamise drôlement la recherche ! J'intégrerai aussi dans cette organisation des start-ups et des collaborations industrielles, c'est vraiment important ! Il faut donc imaginer une organisation modulaire et évolutive, parce que les start-ups ont des demi-vies courtes parfois, on doit être capable d'installer les choses de façon architecturale et le construire de telle sorte que ce soit flexible »

« L'hôpital doit certainement sortir de ses murs. L'hôpital de demain ne peut plus rester enfermé dans des bâtiments, même s'ils sont, comme je les ai décrits, des instituts au sein d'un campus lié à la recherche. Même ça, je pense que c'est fini, parce que l'hôpital a des responsabilités territoriales, populationnelles, en lien direct avec les autres acteurs de santé. Il faut que demain l'ensemble des acteurs puissent collaborer, et que dans les CPTF tous les acteurs soient représentés »

avoir une vraie gradation des soins est important, même si je sais qu'il y a une part d'acceptabilité, car évidemment on ne peut avoir un service d'urgence ou de maternité partout...C'est de la pédagogie, et elle a porté ces fruits. La chance d'accoucher dans des bonnes conditions, c'est lié à la répétition du geste, c'est un critère de qualité, c'est aujourd'hui mieux compris.

Je mettrai aussi la prévention dans cette gradation des soins. Comme 2 gradients inversés : le soin à l'hôpital, la prévention dans les territoires. Le soin est exercé majoritairement à l'hôpital et des actions de prévention très forte de proximité sur les territoires. L'hôpital a aussi à l'évidence un rôle, notamment dans la prévention secondaire. Cette organisation territoriale des soins intégrerait d'emblée les dimensions de prévention, de recherche et de formation aujourd'hui totalement dissociées ! Je regrette vraiment qu'on ne siffle pas la fin du match, en disant « maintenant, mettons-nous autour de la table pour avoir un système organisé ». On a un acteur qui est censé faire ça, qui s'appelle un CHU. Ce n'est pas à lui de tout faire mais il faut bien à un moment donné qu'il y a un acteur coordinateur, le CHU est la tête de réseau. Evidemment, tout ne s'y fera pas, mais il doit proposer la mutualisation, par exemple en matière de formation, avec les centres de simulation, datacenter, learning-center... Légitimement, le CHU et l'Université ont la charge de la formation et de la recherche, mais je vous assure que ce n'est pas admis partout ! Il n'est pas question de recréer des plateformes de pharmacovigilance, des plateformes d'expertise de type DRCI, des équipes d'ARC, TECH et de chefs de projet partout ! On peut imaginer des équipes volantes de recherche, Tech /Arch allant dans les territoires et notamment aider les maîtres de stages universitaires (MSU), par exemple dans les cabinets de médecine générale ou dans les maisons de santé.

L'hôpital de demain, c'est une vraie organisation différente. Dernière dimension qui me tient le plus à cœur : ne jamais oublier que l'hôpital de demain, même si c'est un hôpital connecté et digital, même si c'est un hôpital moderne, doit rester avant tout à la source même de l'humanisme qui fait le soin. L'hôpital reste quand même l'hôpital public, dans sa dimension la plus belle, c'est-à-dire c'est là vous pouvez aller quand rien ne va, quoi qu'il vous arrive. Et ça, c'est une dimension majeure, et je ne comprends pas qu'on ne la fasse pas plus briller ! Alors c'est vrai, elle a eu un moment de gloire avec le Covid, quand les soignants se sont fait applaudir, on a vu que ça servait à quelque chose. C'est magnifique ! Et ça, c'est fort, en matière de valeur humaine et de communication sur les valeurs humaines dans un monde pas forcément très altruiste et bienveillant. Il faut que l'hôpital public continue à porter ces valeurs d'équité, d'altruisme, d'accès aux soins, à l'innovation. Et au-delà, le système de santé, dont l'hôpital public est un maillon, mais il doit être encore plus exemplaire. Encore faut-il que les gens qui y contribuent, qu'ils soient reconnus, gratifiés. On ne peut pas ne pas parler de l'abnégation et la résilience des personnels soignants, pas tous, il y a aussi des gens qui se cachent et fuient, sont de mauvaise humeur, docteurs compris... Il y a beaucoup de choses à revoir dans la reconnaissance, en sortant de l'idée que l'hôpital public doit rendre des comptes et qu'il ne peut investir. Le concept-même de l'innovation implique forcément l'investissement. Là, le plan d'investissement est sans corrélation avec les enjeux. Beaucoup de pays ne raisonnent plus comme cela aujourd'hui !

#hopitaldufutur : Quelle serait votre vision de la gouvernance de cet hôpital du futur ?

Jean Sibilia : C'est une vision nouvelle de la gouvernance RSE, une vision responsabilité sociétale. J'ai mes élections à la fac de médecine dans 15 jours, je porte donc une nouvelle équipe et un des éléments clés de mon programme est d'appliquer à notre gouvernance une vision responsabilité sociétale. A l'image de ce que vous faites dans les entreprises, cette gouvernance RSE,

« Dernière dimension qui me tient le plus à cœur : ne jamais oublier que l'hôpital de demain, même si c'est un hôpital connecté et digital, même si c'est un hôpital moderne, doit rester avant tout à la source même de l'humanisme qui fait le soin »

« Quelle est notre responsabilité sociétale aujourd'hui, en tant qu'institution publique universitaire ? Si l'hôpital pouvait se poser la question dans ce sens-là, et inclure ce volet éco-responsable qui n'existe pas aujourd'hui »

j'essaye d'en tirer le meilleur. Mon premier point : quelle est notre responsabilité sociétale aujourd'hui, en tant qu'institution publique universitaire ? Si l'hôpital pouvait se poser la question dans ce sens-là, et inclure ce volet éco-responsable qui n'existe pas aujourd'hui. On a mis en place un plan d'actions « Environnement durable » pour notre écosystème, concret, qu'on porte avec notre nouvelle mairie verte. Dans les valeurs qu'on véhicule, on manque aujourd'hui de mythologie, on manque aujourd'hui d'une grande histoire, c'est le grand désespoir des hommes ! Et moi je le sais, comme soignant parce que nous on vit dans une mythologie permanente, qui est celle de la lutte contre la mort et la maladie. Cette mythologie donne du sens à nos vies, et je ne me rends pas compte que les autres n'en n'ont pas. Essayons de redonner du sens, par cette vision éco-responsable et intégrative. Elle a un vrai sens mythologique, car c'est le retour aux valeurs essentielles. Il faut la traduire en des choses concrètes, par un plan d'actions développement durable, ou par un bâtiment écoresponsable, ou dans des relations sociales. Je pense qu'il faut utiliser tous ces outils-là, le service public et la santé, dont vous êtes bien placés pour voir qu'ils restent des biens importants. Attention à ne pas égo-santé-centré non plus cette problématique, il faut mettre la en perspective, de telle sorte que la santé ne soit pas son but. Ce n'est pas si simple que ça, parce qu'on est tous préoccupé par la santé, mais on doit aller encore au-dessus de ça.

#hopitaldufutur : Le rapport de l'hôpital à la ville interroge-t-il aussi son rôle social ?

Jean Sibilia : Il faut questionner le modèle et l'organisation, parce que finalement on reste sur un modèle d'hôpital public – hôtel Dieu, c'est-à-dire on accueille tout le monde aux urgences, c'est très bien, mais est-ce efficace ? Aujourd'hui 90% des urgences ne sont pas des urgences réelles mais ressenties. Mais le miséreux d'aujourd'hui n'est pas celui de 1454, c'est aujourd'hui une misère sociale plus que médicale, une précarité. Et ils sont si nombreux ! Ne faudrait-il pas inventer un nouveau système plus solidaire, et laisser l'hôpital agir sur des secteurs de soin et de prévention, dans son cœur de métier ? Je le dis parce que l'hôpital explose de son incapacité à absorber une vague de problématiques sociales, de socio-précarité. Paradoxe aussi, une partie des précaires n'y va pas ou ne se soigne pas ! Il faut inventer des outils différents pour accueillir la précarité et le médical ! La dissociation du médicosocial et du soin n'est pas normale non plus, c'est une anomalie. Il faudrait effectivement que l'hôpital et le médicosocial soient liés dans un même chainage, ce n'est pas le cas aujourd'hui, en tout cas pas suffisamment. Comment on s'organise pour garder cet esprit de solidarité qui fait quand même la force de nos sociétés ? Quelle sera la mythologie de notre société si on n'a pas la volonté du vivre-ensemble ? C'est le principe même de notre humanité, à préserver sans oublier le bien-être de notre environnement et écosystème. Car on est toujours quelque part responsable de ce qui arrive, pas entièrement mais quand même...

« Il faut la traduire en des choses concrètes, par un plan d'actions développement durable, ou par un bâtiment écoresponsable, ou dans des relations sociales »

« Finalement on reste sur un modèle d'hôpital public «Hôtel Dieu», c'est-à-dire on accueille tout le monde aux Urgences. C'est très bien, mais est-ce efficace ? Aujourd'hui 90% des urgences ne sont pas des urgences réelles mais ressenties. Mais le miséreux d'aujourd'hui n'est pas celui de 1454, c'est aujourd'hui une misère sociale plus que médicale, une précarité. Et ils sont si nombreux ! Ne faudrait-il pas inventer un nouveau système plus solidaire, et laisser l'hôpital agir sur des secteurs de soin et de prévention, dans son cœur de métier ? »



Centre de Recherche en Biomédecine de Strasbourg © architecte Groupe-6 + Dea photo L.Boegly