

## EDITIO DU PRESIDENT N°1 – OCTOBRE / NOVEMBRE 2016

Je suis fier et heureux de succéder à Jean Sibilia, Doyen de l'UFR de médecine de l'Université de Strasbourg, pour tenir le rôle de Président-Administrateur et persévérer dans la tenue des travaux lancés depuis 4 ans.

Ces dernières années, le CNCR est devenu une instance incontournable. Outil de coordination de la recherche hospitalière venant en appui des Etablissements, il est également celui de la représentation et de la valorisation de leur activité de recherche auprès des organismes nationaux. Ouvert depuis 2016 aux centres hospitaliers et aux établissements publics de santé mentale, c'est une instance adulte qui a vocation à aller plus loin, en étant encore plus active et opérationnelle.

A l'occasion du début de mon mandat, je souhaite développer 3 idées « force » qui seront développées et appliquées pour les 4 prochaines années.

Premièrement, **augmenter l'excellence**. Nous devons viser encore plus haut, non seulement pour quelques Hôpitaux « forts chercheurs » qui peuvent aller encore plus loin, mais pour l'ensemble des Etablissements, en favorisant l'émergence de nouvelles thématiques. Le lien Etablissement de santé – Université qu'incarne le CNCR représente une opportunité unique de le faire.

Deuxièmement, **la reconnaissance**.

Qui reconnaît l'hôpital public comme un organisme de recherche à part entière ? Qui en France pense d'abord à l'Hôpital en pensant à la recherche médicale ? Pourtant les patients qui sont dans les études, de recherche clinique mais aussi translationnelle et fondamentale, sont recrutés dans les établissements publics de santé. A chaque fois que du tissu humain est étudié, c'est une direction de la recherche et de l'innovation qui organise la recherche, met les moyens, réalise la promotion ; ce sont des professionnels de santé qui voient les patients, réalisent les prélèvements, organisent leur stockage et leur analyse. Il est temps de faire reconnaître cette position particulière. Nous générons les données cliniques, biologiques, d'imagerie, ces big data dont on voit bien comme elles sont convoitées et que nous nous donnons les moyens de stocker, analyser, interpréter avec les investissements conséquents pour préparer la médecine de demain: Les établissements publics de santé doivent peser sur la stratégie nationale de recherche.

Troisième idée force, **la pertinence**.

Contrairement aux EPST dont la mission première, et parfois la seule, est la recherche, la nôtre, dont nous sommes fiers, est de soigner les malades. C'est à cette mission première du soin que sont asservies les deux autres, enseignement et recherche. Ainsi, développer la recherche, oui, mais en adéquation avec nos objectifs de soins. Cette pertinence doit être un principe fort qui fait de la recherche autre chose qu'une activité annexe. Nous avons la chance de pouvoir nous-mêmes mettre en œuvre dans l'activité de soins le résultat de nos découvertes. Cette pertinence entre la recherche, le soin et l'enseignement permet cet aller-retour permanent grâce auquel l'excellence de la recherche améliore l'excellence du soin et réciproquement.

Au service de ces trois idées force, je voudrais indiquer 4 leviers à actionner.

D'abord **le dialogue et la communication** autour de la marque « Recherche hospitalière », développée par Jean Sibilia. Représentant les CME, les directions d'établissement et les facultés de médecine, le CNCR, au travers de son Président-Administrateur, de son directeur et de son Bureau, est l'interlocuteur des administrations, des EPST, des universités, des industriels, pour ce qui concerne la recherche dans les Etablissements publics de santé. C'est auprès de ces interlocuteurs que les idées forces développées plus haut doivent être portées.

Deuxième levier, **la coordination**, mission première du CNCR, sous toutes ses formes : rencontrer des DRCI et des CIC pour évaluer ce qui fonctionne et ce qui est en panne ; faire bénéficier aux Etablissements dont l'activité de recherche est moindre des idées et organisations de ceux dont la recherche est plus avancée, mener des actions de formation et d'enseignement en lien avec les UFR de médecine ; professionnaliser, inventer de nouveaux métiers de la recherche, permettant l'augmentation des inclusions et l'attraction des essais cliniques auxquels la France échappe encore. N'y a-t-il pas là des gisements d'interface Hôpital – EPST qui seraient gagnant – gagnant ?

Le troisième levier est **financier**. C'est bien entendu d'abord la défense des financements MERRI, un rôle essentiel du CNCR qui nous permet de parler d'une seule voix auprès de la DGOS. Mais le CNCR doit aussi faciliter les candidatures aux appels d'offre, susciter des idées de RHU, accompagner les phases exploratoires de faisabilité, mettre en contact les partenaires publics et industriels possibles, faire le lien avec le CGI pour évaluer les opportunités... Le lien avec le CGI doit aussi permettre des actions de lobbying pour faire émerger de nouveaux objets du PIA. Cette action de lobbying puis de facilitation des candidatures doit aussi s'exercer pour ce qui concerne le PHRC et autres PRME, PREPS, PHRIP. Il doit aussi s'exercer auprès de la Commission Européenne pour ce qui concerne le programme cadre H2020. Enfin le CNCR doit veiller à la valorisation des découvertes et innovations réalisées par les établissements de santé.

Dernier levier, **les territoires**. C'est évidemment un levier essentiel, extrêmement motivant, très différenciant par rapport à l'offre privée et probablement très original en Europe. Qui dit filière de soins dit cohorte, recueil de données, biocollection. Créer des entrepôts de données territoriaux permettant demain la médecine de précision; pouvoir inclure dans une recherche innovante un patient près de chez lui; pouvoir inclure des patients porteurs de formes fréquentes et bénignes de maladies habituellement objets de recherche essentiellement dans leurs formes rares et graves; inversement s'assurer que ces patients rares mais grave accèdent bien à l'offre de recherche et d'innovation qui existe dans un établissement support; pouvoir attirer à la recherche des acteurs qui n'y ont pas accès; pouvoir rendre attractifs des postes dans des établissements peu choisis... voilà tout ce que nous offre en théorie la recherche au sein des GHT mais aussi dans les régions et les interrégions. Organiser cette recherche c'est organiser aussi le parcours de soins, ramener les patients vers l'hôpital public, et cela rejoint l'idée de la pertinence entre la recherche et l'offre de soins.

Je suis fier d'avoir été élu par les membres de l'Assemblée Générale du CNCR pour concrétiser ces idées pendant les prochaines années et continuer à valoriser la recherche et l'innovation en santé à dans les Etablissements publics de santé.