

Les bâtisseurs de cathédrale

Depuis longtemps, Pierre Denoix et son IGR se trouvaient à l'étroit dans l'espace restreint de Paul-Brousse. J'ai raconté comment, en 1913, Gustave Roussy avait trouvé à l'hospice de Villejuif sa terre promise, pour établir sa nouvelle discipline loin de l'Assistance publique et des grands hôpitaux parisiens. Cinquante ans plus tard, la situation a bien changé. Paul-Brousse n'est plus un hospice, mais un hôpital général. C'est même devenu un établissement de l'Assistance publique de Paris, qui poursuit à cette époque une politique d'expansion hors les murs (c'est-à-dire au-delà des boulevards périphériques). Impardonnable affront, le petit Paul-Brousse, qui, par bien des aspects, a gardé son aspect d'hospice banlieusard, a le rang de CHU, du simple fait de son intégration à l'AP, alors que l'IGR, phare de la science nouvelle, ne l'a pas, puisqu'il a le statut de CLCC. L'IGR reste autonome sur sa portion de territoire, grâce à la négociation d'un bail emphytéotique, mais Denoix n'est plus que le prince coadjuteur d'un demi-hôpital, où les litiges de territoire et les incidents de frontière ne sont pas rares. Légitimement, Paul-Brousse souhaite développer ses activités médicales non cancérologiques et promeut des activités nouvelles dans plusieurs domaines importants, dont la gériatrie et les soins

de moyen et de long séjour. La cohabitation n'est pas aisée, mais va devenir franchement invivable au quotidien quand va se produire au sein de l'IGR une guerre fratricide, un nouveau schisme parmi les schismatiques.

Parmi les vedettes médicales que Denoix a su attirer à Villejuif pour y bâtir la cancérologie nouvelle, figure l'un des plus brillants hématologues élèves de Jean Bernard : Georges Mathé. Il arrivait à l'IGR avec des demandes modestes : « quatre lits et vingt mille souris ». Généreusement, Denoix lui offrit la chefferie d'un service d'hématologie de dix lits. Un an après, Mathé en a soixante et, grâce à des dons privés, se fait construire son propre institut de recherche, prudemment édifié sur un terrain mitoyen de celui de l'IGR.

Georges Mathé était une personnalité fascinante par son intelligence flamboyante, mais aussi par ses formules cinglantes, souvent provocatrices et cyniques, que ses élèves répétaient comme le catéchisme. C'était tout à la fois un créateur et un meneur d'hommes extraordinaire, aux visions parfois fulgurantes, et un personnage assoiffé de pouvoir, dur et autoritaire. Avec lui, le pouvoir ne se partageait pas. Son troupeau de disciples fascinés, pour être autorisé à le suivre, devait accepter d'être traité au quotidien et en public avec un mépris et une arrogance difficilement imaginables aujourd'hui. Les conquistadores qui partaient aux Amériques détruire des empires après avoir brûlé leurs vaisseaux sur les plages où ils avaient débarqué étaient probablement des personnages à la Mathé.

Sa grandeur comme ses limites sont pour moi illustrées par son œuvre scientifique. C'est clairement lui qui a eu les deux idées les plus brillantes et les plus originales de toute la cancérologie française entre 1960 et 1980. La première est celle de l'immunothérapie des cancers, visant à stimuler les défenses immunitaires de l'organisme dans le but de l'aider à se débarrasser de ses propres cellules tumorales comme il

rejetterait la greffe d'un organe étranger. La seconde est celle de la greffe de moelle osseuse. Dans les années 1960 et 1970, Villejuif a été mondialement célèbre grâce à ces travaux. Les petits enfants leucémiques y étaient traités par de longues scarifications de BCG et les premiers succès des greffes de moelle osseuse dans les leucémies y ont été rapportés, après l'aventure, déjà très médiatisée pour l'époque, des physiciens atomistes yougoslaves accidentellement irradiés à fortes doses. La plupart ont été sauvés par les premières greffes de moelle pratiquées au monde.

Cependant, ces travaux ont été menés et publiés trop hâtivement, avec la certitude d'avoir raison, les présentations scientifiques et médiatiques étaient claironnantes, mais incomplètes, et n'ont pas emporté la conviction de la communauté scientifique. Dans les congrès internationaux, Mathé aimait jouer les provocateurs ou se présenter en victime incomprise de la bêtise humaine. Ses thèses finirent par être carrément rejetées par manque de preuves scientifiques indiscutables.

L'aspect le plus triste de l'histoire est que, dans ces deux domaines, il avait probablement raison, mais n'a pas su avoir la patience et la rigueur nécessaires pour mener ses projets de façon à convaincre les différentes familles scientifiques. Certes, la greffe de moelle osseuse est maintenant devenue, comme il l'avait prévu, un traitement éprouvé de certaines leucémies et de certains cancers, mais pour obtenir ce résultat, il aura fallu que cette méthode soit réétudiée et redéveloppée aux États-Unis, en particulier à Seattle, ce qui vaudra un prix Nobel au savant américain Don Thomas en 1990. Elle sera réintroduite en France par Eliane Gluckman qui, bien que passée par Villejuif vers la fin des années 1960, a dû aller apprendre à nouveau les principes de la greffe de moelle « sérieuse » à Seattle, vers 1972.

De même, l'immunothérapie des cancers, après une longue phase d'oubli, sort à nouveau de sa léthargie et offrira peut-être au XXI^e siècle des perspectives intéressantes, même si elle n'a pas été capable de sauver la vie d'un de ses « redécouvreurs », le Canadien Ralph Steinmann, mort d'un cancer du pancréas trois jours avant que lui soit attribué le prix Nobel de médecine 2011.

L'affrontement en champ clos à Villejuif de deux monstres sacrés tels que Denoix et Mathé, aux caractères si différents, a tourné à la guerre fratricide, alors que l'IGR était encore trop petit pour laisser cohabiter deux personnalités aussi fortes et chacune fermement convaincue d'avoir raison contre l'autre. Mathé, qui se présentait lui-même comme un despote éclairé, se heurtait en tout point à Denoix, l'homme de la pluridisciplinarité, qui voyait dans « son » institut une ruche égalitaire d'où tout vedettariat était logiquement exclu. Proche du pouvoir et du général de Gaulle, Georges Mathé était sûr de sa victoire et a mené un combat farouche contre Denoix et son IGR. Il refusait de faire comparaître ses malades devant les sacro-saints comités pluridisciplinaires de Denoix, ou encore que ses protocoles de traitement ou les résultats de ses essais thérapeutiques soient revus par le puissant service de statistiques médicales de l'IGR. Lourde erreur, car la faiblesse des analyses statistiques a toujours été un élément majeur de la suspicion entourant les publications de ses résultats thérapeutiques.

Rebelle à toute autorité comme à toute discipline, Mathé se heurtait en permanence à Denoix. Tout en continuant à bénéficier des infrastructures de l'IGR et à y exercer, il vomissait publiquement l'IGR et les centres anticancéreux. En 1968, après bien des atermoiements, Denoix se décide enfin à lui envoyer une lettre publique lui demandant de quitter l'IGR. Cependant, les subtilités juridiques du contrat

de Mathé font qu'il n'a pas la possibilité légale de l'obliger à partir. Tout en ignorant superbement la lettre de Denoix et en continuant à exercer à l'IGR, Mathé, en tant que professeur, demande à être réintégré dans ses fonctions de médecin des hôpitaux à l'AP. Il ne se contente pas de solliciter n'importe quelle fonction dans les hôpitaux parisiens : c'est à Villejuif, à Paul-Brousse même, qu'il exige de créer un service de cancérologie, alors qu'il n'en existe encore aucun dans les autres hôpitaux parisiens.

Ainsi, Villejuif, petite ville de la banlieue parisienne, va abriter durant quelques années les deux plus gros ensembles de cancérologie de France, le service de Mathé devenu rapidement un empire sous l'égide de l'Assistance publique, et l'IGR sous la houlette de Pierre Denoix et la bannière des centres de lutte contre le cancer. Mathé part en guerre contre le statut des centres anticancéreux et milite pour la révocation de l'ordonnance fondatrice de 1945, avec comme slogan et cri de ralliement : « L'Assistance publique, premier centre anticancéreux de France », ou encore : « L'AP-HP, un centre anticancéreux de cent mille lits. » En quelques années, Villejuif n'est plus le temple de la nouvelle discipline, mais est devenu le Berlin de la cancérologie.

Je reste persuadé qu'il s'agit là de l'un des épisodes les plus délétères de l'histoire médicale française récente et qu'il a été lourd de conséquences néfastes pour l'image et la structuration de la cancérologie de notre pays. Plus que jamais, cette encore petite et récente discipline a paru divisée, illisible et livrée à des chefs de file mégalomanes et incapables de s'entendre comme de travailler ensemble. Ses vraies réalisations, la pratique pluridisciplinaire, la capacité à intégrer les innovations technologiques, organisationnelles et scientifiques, la vision originale de la médecine du futur dont la cancérologie est porteuse ont été occultées par ce qui passait aux yeux de beaucoup, en particulier politiques et

journalistes, pour des querelles microcholines et des luttes de mandarins.

Envoyer un malade à Villejuif, c'était alors pour la sagesse populaire, le stigmatiser et le condamner à un funeste destin. C'était de plus le faire pénétrer dans un labyrinthe inextricable, puisque bien peu de malades comprendraient que dans un même lieu coexistaient et s'affrontaient deux Villejuif, et savaient clairement dans lequel ils étaient pris en charge. L'hôpital modèle rêvé par Gustave Roussy est alors devenu le royaume du Père Ubu.

Si l'IGR et les centres ont survécu, c'est avant tout grâce à la force et à la cohérence du système médical et scientifique qu'ils ont su mettre en place. Mathé, quels qu'aient été ses soutiens politiques, sa force de conviction et ses idées novatrices, était avant tout un homme seul, même s'il ne se déplaçait qu'au milieu de hordes de vassaux et de laquais. Sa construction hospitalière était une bulle sans consistance. L'IGR de Denoix, lui, était un orchestre, sinon une armée, de chirurgiens, de radiothérapeutes, de médecins, de statisticiens, de physiciens, de chercheurs parmi les meilleurs et sûrement les plus soudés et unis de France.

C'est dans ce contexte que Denoix prend la décision dont il rêvait depuis longtemps. Il décide de quitter le site de Paul-Brousse et de faire construire un nouvel IGR. Il va ainsi parachever son œuvre en bâtissant sa cathédrale du cancer.

Cette décision est sûrement une mesure stratégique importante et même nécessaire, qui va définitivement doter l'institut d'une identité, de moyens, d'espaces à la mesure de ses projets et de ses ambitions.

Il est vrai qu'au-delà même de l'imbroglio créé à Paul-Brousse par la coexistence non pacifique avec l'AP-HP et la sédition permanente de Mathé, l'IGR se trouvait depuis longtemps bien à l'étroit dans ces petits locaux pavillonnaires de briques rouges, qui paraissaient déjà à cette époque étriés

129
Fin
Mathé

GH
↓
nouveau
IGR

et vieillots, et dont certaines grandes salles communes étaient particulièrement déprimantes. De plus, les possibilités d'extension, la mise en œuvre de nouvelles technologies, l'accueil de nouvelles équipes de recherche devenaient très limités et de plus en plus difficiles. L'IGR se devait donc de retrouver sa modernité et son identité, et de se redonner un avenir.

Tout en voulant quitter le site de Paul-Brousse, Denoix tenait à rester sur le territoire de la commune de Villejuif, en estimant, probablement à juste titre, que les deux « noms de marque », comme le diraient aujourd'hui nos communicants ou nos publicitaires, de l'IGR et de Villejuif étaient étroitement liés. À juste titre encore, Denoix voulait aussi de l'espace et des possibilités d'extension future. Or la commune possédait une très vaste zone non bâtie, nommée les Hautes Bruyères, une friche située en surplomb de ce qu'on appelait encore l'autoroute du Sud (l'A6 d'aujourd'hui). La commune a accepté de céder à l'IGR une large partie de cette friche dès les années 1960. Denoix a donc choisi ainsi la colline isolée où il allait édifier son nouveau bâtiment, l'IGR-2, sa future cathédrale et a pu se consacrer dès lors à sa construction.

La comparaison avec une cathédrale prend tout son sens quand on connaît le site actuel de l'IGR ou qu'on le découvre de loin en venant de l'aéroport d'Orly et en remontant du Sud par l'autoroute A6. C'est le premier grand bâtiment qu'on distingue en se dirigeant vers Paris, tel un immense paquebot échoué au sommet d'une colline. Puis, en continuant sa route, on passe au pied de ce qui apparaît comme une grande tour sombre surplombant l'autoroute. Encore aujourd'hui, le choix de ce site et de cette architecture peut surprendre. Même s'il se voit de loin, cet hôpital est d'accès assez malaisé pour les malades comme pour le

personnel. Il est éloigné du centre de Villejuif et tourne le dos à la ville.

Quand on s'approche de l'institut, on reste frappé par ce vaisseau solitaire émergeant d'un océan de voitures. En effet, seuls l'entourent un immense parking et d'étonnants réservoirs d'eau municipaux qui donnent toujours à cette tour de verre, de métal et de béton, surmontée d'un gigantesque bouquet d'antennes, l'aspect solitaire, futuriste et massif qu'avait clairement voulu Denoix. C'est à un engin spatial échappé de *La Guerre des étoiles* et malencontreusement échoué en banlieue parisienne que fait penser ce bâtiment, bien plus qu'à un hôpital.

On ne construit plus depuis longtemps d'hôpitaux selon ce modèle de tour, si peu accueillant, voire effrayant pour les malades et les visiteurs. En région parisienne, les derniers exemples sont Beaujon à Clichy et Antoine-Béclère à Clamart, tous deux conçus et construits plus de dix et vingt ans avant l'IGR et qui paraissent aujourd'hui bien dépassés. De nos jours, les architectes hospitaliers privilégient l'accueil des malades, l'espace, la luminosité, l'aspect extérieur qui doit paraître humain et convivial. Or tout cela était à l'époque assez éloigné des préoccupations de Denoix, dont le modèle était clairement les grands hôpitaux américains des années 1940 et 1950, et plus particulièrement le Building 10 du NCI (National Cancer Institute) de Bethesda, dans la banlieue de Washington, massif gratte-ciel surplombant le dédale de bâtiments qui constituent le NIH (National Institutes of Health), cœur et tour de contrôle du système médical des États-Unis. Dans ce fameux Building 10 s'enchevêtrent services cliniques et laboratoires de recherche de pointe, et les ascenseurs, toujours bondés et qu'il faut savoir mériter par une longue attente, obligent le visiteur à s'agglutiner à une masse humaine mêlant médecins, malades, familles et chercheurs. Ce mastodonte architectural et médical a

manifestement frappé de stupeur, d'admiration et d'envie les visiteurs étrangers qui venaient de tous les coins du monde découvrir la puissance de la médecine et de la science américaines à l'aube de 1960.

L'histoire de la construction du nouvel IGR m'a toujours fasciné, car elle reflète mieux que tous les discours la pensée et la vision des fondateurs. J'ai exercé vingt ans comme médecin dans cet IGR tout à la fois ancien et nouveau. C'est bien assez de temps pour mesurer tous les avantages, mais aussi toutes les difficultés et les réelles souffrances que la conception d'un bâtiment pouvait entraîner des dizaines d'années plus tard pour ceux qui doivent y travailler et y vivre. J'ai ensuite mis quinze ans, avec mon équipe de direction, pour tenter d'améliorer la vie quotidienne des malades et du personnel de l'institut. J'ai découvert combien le béton pouvait être une contrainte encore plus dure que la rigidité des administratifs ou l'étroitesse de vue et l'indifférence des politiques.

Denoix a conçu pratiquement seul les plans de son IGR du futur au début des années 1960, sur le modèle des hôpitaux américains des années 1950. Pour cela, il en a confié la réalisation à un architecte ami de jeunesse et ancien camarade de patrouille chez les scouts. Dans la bonne tradition française, il faudra vingt ans pour autoriser, financer et enfin construire ce nouvel hôpital, qui ne sera finalement achevé et ouvert qu'en 1980. Du fait de cette trop longue gestation, l'hôpital du futur s'est trouvé obsolète dès son ouverture. Il était d'emblée plein comme un œuf et tout nouvel arrivant, toute innovation, toute nouvelle machine ont donc posé d'infinis problèmes de place, d'installation, d'organisation. Au lieu de s'effectuer avec une certaine logique hospitalière et une continuité de fonctionnement, elles n'ont pu se faire qu'au fur et à mesure des départs à la retraite ou des décès subits des précédents occupants des locaux.

En effet, tout en dressant les plans généraux, Denoix a démocratiquement confié la répartition interne de chaque étage aux responsables en place des futures structures hospitalières, qui étaient censés venir remplir dans un avenir encore mal précisé les dix-huit tranches superposées de ce futur mille-feuille architectural. Ces collaborateurs ont donc eu près de vingt ans pour s'entre-déchirer sur les plans et s'affronter pour la possession de tel local ou de telle portion d'étage, alors que, de fait, beaucoup d'entre eux ne devaient jamais avoir l'occasion d'y exercer.

Le directeur se réserve personnellement le dernier étage. De son immense bureau au sommet de la tour, il est censé veiller à la bonne marche de l'ensemble. Il peut jouir de sa superbe solitude et méditer longuement devant la vue imprenable sur Paris et sa banlieue sud, qui s'offre au regard à travers de gigantesques baies vitrées battues par les vents. J'ai pu mesurer à mon tour combien cette solitude était profonde, car « monter voir le directeur » est toujours une entreprise longue et complexe, qui nécessite une longue préparation et une planification sans faille. J'ai pu aussi éprouver combien ces plans dataient et venaient d'une ère où les restrictions financières ne pesaient pas si lourdement sur le secteur de la santé et sur les hôpitaux publics. Moi qui n'ai malheureusement jamais disposé des budgets permettant d'« acheter la paix sociale », j'ai eu à vivre quinze années de malaise social permanent et à vrai dire assez justifié, en règle générale plutôt bon enfant, mais émaillé périodiquement de convulsions plus violentes et de conflits aigus. C'était alors une joie pour les organisations syndicales et une excursion récréative et distrayante pour une partie du personnel de monter « envahir la direction », tant il était facile de bloquer ce fameux quinzième étage et d'y séquestrer le directeur et ses malheureuses secrétaires. Il est clair que Denoix avait conçu tout cela à une époque bénie, où les contraintes

Nou
IGR

financières n'existaient pas et où la marche en avant vers le progrès et vers l'avenir radieux paraissait devoir se perpétuer sans fin.

La répartition des activités dans le bâtiment s'est faite au prorata de l'importance de chaque secteur et de chaque spécialité dans l'IGR des années 1960. La radiothérapie disposait d'un espace considérable et s'enterrait dans les sous-sols autour des bunkers de ses appareils de cobalt et de ses accélérateurs linéaires. L'administration, chérie et protégée par Denoix, se réservait les deux premiers étages, les plus faciles d'accès et les plus spacieux. La chirurgie avait elle aussi un territoire étendu, mais les hasards de la vie ont fait qu'il existait de fait deux départements de chirurgie. Certes, il y avait bien un département de chirurgie générale, qui prenait en charge la plupart des patients, mais, à l'initiative de son créateur Yves Cachin, forte personnalité et vedette de l'institut, neveu de Marcel Cachin (fondateur du Parti communiste français et rédacteur en chef de *L'Humanité*), la chirurgie de la tête et du cou, plus communément désignée sous le nom de chirurgie ORL, s'est autonomisée.

Comme souvent dans l'histoire de l'IGR, cet événement a eu beaucoup de conséquences très heureuses et novatrices, mais qui ont à terme suscité une série de dysfonctionnements. En effet, sous l'égide d'Yves Cachin, la chirurgie ORL française a pris une dimension considérable et faisait figure d'« école » dans le monde, contribuant ainsi fortement à la réputation internationale de l'IGR.

Très bien organisé, réellement pluridisciplinaire et marchant la main dans la main avec « ses » radiothérapeutes et « ses » médecins oncologues, très ouvert à la recherche clinique et aux essais thérapeutiques, s'appuyant fortement sur les statistiques médicales chères à Denoix, le département d'ORL faisait figure de modèle, au sein même du modèle IGR. Il a contribué fortement à l'établissement des

règles qui régissent jusqu'à aujourd'hui le traitement des tumeurs de la sphère ORL. En particulier, par l'association avec la radiothérapie, puis la chimiothérapie, il a été l'un des premiers au monde à accepter de ne pas opérer d'emblée tous les malades, mais à tenter de les guérir en leur évitant la terrible mutilation que représente l'ablation du pharynx, et donc la perte définitive de la voix. Cette révolution thérapeutique est moins connue et moins spectaculaire que celle qui a consisté à ne plus amputer d'emblée le sein de toutes les patientes porteuses d'un cancer mammaire ; elle est cependant de même nature et d'une importance comparable.

Pour bien comprendre le rôle qu'a joué le département d'ORL de Cachin et de ses successeurs, en particulier mon ami Bernard Luboinski, il faut se souvenir que le cancer ORL a longtemps fait figure de spécialité « bien française », avec une incidence particulièrement haute en Bretagne et en Normandie, régions productrices de cidre, et dans le Nord-Pas-de-Calais. Les cancers de la sphère ORL sont en effet typiquement des tumeurs à forte prédominance masculine, très liées à la consommation simultanée d'alcool et de tabac, en particulier dans les classes socio-économiques les plus défavorisées. Il est d'ailleurs frappant de constater que, depuis 1980, l'incidence des cancers ORL a régulièrement diminué, au fur et à mesure que l'intoxication chronique par l'alcool puis plus tard par le tabac régressaient dans notre pays et que le niveau de vie général s'élevait. Par parenthèse, il est intéressant de constater que l'incidence de ces cancers de la sphère ORL a de nouveau tendance à croître depuis 2000, en touchant aussi les femmes et de nouvelles catégories sociales, en lien avec des virus de type papilloma, du même type que ceux associés aux cancers du col utérin et transmis comme eux par voie sexuelle.

Le pronostic de ces cancers ORL était très sombre. Ce n'était que pour les tumeurs les moins volumineuses et les

Radio
thérapie

4

moins étendues que certains chirurgiens hardis (ou peu prudents) tentaient de larges et mutilantes amputations chirurgicales, grevées d'une lourde mortalité postopératoire chez ces sujets souvent dénutris et en mauvais état général. Ces chirurgies mutilantes n'empêchaient souvent pas les récives et la mort des malades dans des conditions d'étouffement pénibles. On comprend aisément combien la prise en charge de tels patients posait problème au sein de services hospitaliers d'ORL généralistes, peu habitués à ce type de chirurgie et loin de tout environnement cancérologique, et on perçoit mieux le rôle novateur de Cachin et de son équipe.

Cependant, ce succès médical indiscutable s'accompagnait au sein de l'IGR d'une cohabitation longtemps pacifique, mais parfois tendue et houleuse avec les autres chirurgiens, moins considérés et favorisés, et un peu jaloux.

Pour résoudre ce problème dans le nouvel institut, Denoix créa deux départements distincts de chirurgie et leur offrit des locaux d'ampleur comparable. Cette décision était sûrement logique sur le plan de la stratégie médicale, mais en laissant pendant des années chacune des deux équipes peaufiner les plans de leurs futurs territoires, on a abouti à une série d'absurdités hospitalières. Le nouvel IGR a ouvert avec quatre étages de chirurgie, mais deux blocs opératoires séparés, l'un pour l'ORL, l'autre pour la chirurgie générale, avec duplication de tous les types d'activités pré- et postopératoires : deux circuits d'anesthésie, deux salles de réveil. Cela a rapidement entraîné une dispersion des anesthésistes comme des personnels de salles d'opération et, au fil des années, des difficultés sans fin de coordination, de répartition de charge de travail et de rentes de situation, avec certaines salles d'opération bondées et surchargées de travail, quand parfois d'autres dans le même hôpital étaient en chômage technique avec leur personnel.

Les conflits latents ou ouverts, les rivalités personnelles ont été inscrits dans les murs et le béton. Ils ont figé pour trente ans des situations liées à l'ego de personnalités ayant parfois quitté depuis longtemps l'institut, mais dont les querelles et les divisions retentissent bien des années plus tard sur l'activité quotidienne de leurs lointains successeurs. Que de cloisonnements, de déperdition d'énergie, de duplication (voire de quadruplication) de techniques et d'activités, et quel surcroît d'efforts inutiles pour les équipes, au lieu qu'elles puissent facilement communiquer, s'entraider, partager, se relayer !

La fragmentation et le cloisonnement sont bien les caractéristiques internes de ce nouveau bâtiment. La verticalité et les difficultés de circulation interne ont en effet conduit chacun à rester le plus possible à son étage et chaque étage à vivre en quasi-autonomie. Il est frappant de voir combien une architecture destinée à se voir de loin, à marquer la rupture avec les autres hôpitaux et à impressionner le visiteur extérieur a de fait contribué à lézarder les valeurs fondatrices de cohérence et de pluridisciplinarité, et à brouiller l'image de singularité et d'originalité de l'IGR pour la remplacer par une impression d'isolement et d'autarcie. La cathédrale est bien aussi une citadelle inaccessible, austère et impénétrable.

Surtout, dès l'ouverture du nouvel institut, il est flagrant que deux acteurs majeurs de la cancérologie ont été totalement oubliés au cours des vingt années de gestation : les chercheurs et les malades.

Il n'y avait en effet plus de place pour loger la recherche. Après avoir proclamé pendant trente ans l'importance de la cohabitation médecins-chercheurs et de leurs échanges quotidiens autour d'un café ou d'un plateau-repas, voilà qu'on les oubliait et les laissait pendant cinq ans dans leurs anciens locaux du site de l'hôpital Paul-Brousse. Il faudra

bien du courage et de la motivation pour que certains d'entre eux franchissent périodiquement les deux kilomètres qui séparent les deux sites. Il reviendra à Maurice Tubiana, devenu directeur de l'IGR en 1982 au départ de Pierre Denoix, et à son directeur de la recherche Roger Monier de corriger cette aberration en faisant construire les deux pavillons de recherche, permettant enfin de rapatrier les équipes de recherche à l'IGR et de les loger, d'ailleurs très à l'étroit. Cependant, cette coupure a laissé des traces profondes. Longtemps, les chercheurs ont eu le sentiment d'être les oubliés et les exclus de l'IGR.

Pour un nouvel hôpital, l'oubli des malades paraît encore plus étonnant. Ce fut pourtant une réalité évidente au quotidien pendant près de trente ans. Le nouvel IGR, on l'a vu, était d'abord un hôpital de médecins, conçu par et pour des médecins, qui avaient reçu des territoires, étages ou portions d'étages. Ils ont donc eu tendance à concentrer leurs activités à « leur » étage, où se trouvaient aussi bien leur service d'hospitalisation, leurs « lits », que leurs consultations. Ainsi, les docteurs ne se déplaçaient pas ; c'était donc aux malades de le faire. Si ces trajets restaient relativement simples pour les malades hospitalisés, ils étaient de véritables parcours du combattant (ou de la combattante) pour ceux qui venaient à l'IGR pour une simple consultation, un avis, ou pour y recevoir leur traitement à titre externe. Il leur fallait alors faire la queue pour se faire enregistrer et ouvrir un dossier au rez-de-chaussée, aller faire une prise de sang pour examens au premier étage, descendre au premier sous-sol pour des clichés radiologiques, remonter au huitième pour une échographie et enfin rejoindre leur étage de consultation en demandant leur chemin, non sans devoir attendre longtemps des ascenseurs surchargés et se perdre plusieurs fois.

À vrai dire, le traitement ambulatoire du cancer n'existait pratiquement pas au moment de la conception initiale du nouveau bâtiment. Il n'existait donc au moment de l'ouverture ni service de soins externes ni hôpital de jour. À l'époque, avoir un cancer, c'était être hospitalisé, souvent pour longtemps. En raison de ses contraintes et de ses rigidités architecturales, l'IGR a eu beaucoup de difficultés à s'adapter aux changements de pratiques considérables qui ont transformé la vie quotidienne des malades entre 1970 et 2000, avec le développement des soins ambulatoires et des traitements à domicile.

En dépit de la gravité de leur état, les malades hospitalisés et couchés ont été depuis l'origine et restent toujours frappés par la compétence et le professionnalisme des équipes et la gentillesse du personnel. Par contraste, ce secteur des consultations et des soins ambulatoires, créé de bric et de broc au fil du temps et des espaces se hibernant dans le bâtiment, est longtemps resté la face noire de l'IGR. Il a beaucoup contribué à forger cette image grise, voire effrayante de l'institut. Errance au long de couloirs sombres, entassements successifs dans des ascenseurs bondés, puis longue attente angoissante dans d'autres corridors malcommodes et inconfortables, puisque Denoix, fasciné par l'informatique et convaincu que, dans son futur hôpital, il ne pouvait pas y avoir d'attente, avait tout simplement interdit d'aménager des salles d'attente. En fin de journée, ce parcours aboutissait à quelques minutes d'entretien entre un patient et un médecin tous deux épuisés par cette longue journée. Tels furent longtemps les souvenirs des consultations à l'IGR pour bien des malades, marqués pendant des années par leur passage dans cette tour lointaine, monolithique et labyrinthique.

Quand j'ai pris la direction de l'institut en 1994, mon programme était simple et pouvait être résumé par la

formule : réconcilier la science et l'humanité. En pratique, il nous fallait tout d'abord retrouver l'esprit de découverte et d'innovation nécessaire aux progrès permanents des outils de diagnostic et de traitement des cancers et créer un réel continuum entre les laboratoires de recherche et les secteurs de prise en charge et de soins aux malades. Pour cela, il était nécessaire de ressouder les liens distendus entre le monde de l'hôpital et celui de la recherche, que l'histoire avait fait cohabiter sur le même espace. Il fallait mobiliser tous ces talents et ces énergies dans une vision et une stratégie communes, trouver un langage commun et des horizons partagés. Il s'agissait de construire de fait la recherche translationnelle dont j'ai déjà parlé, avec ses perspectives de nouvelle classification moléculaire des tumeurs et l'espoir à terme de construire ensemble la médecine du futur et la prise en charge personnalisée des patients.

Sur le plan scientifique, la masse critique et la qualité étaient déjà là, grâce à l'action de deux hommes qui ont beaucoup compté dans ma vie : Maurice Tubiana et Roger Monier.

Pour revenir à mon analogie religieuse initiale, si Gustave Roussy a fondé la cancérologie française, si Pierre Denoix en a écrit le dogme et codifié les règles, il revient à Maurice Tubiana d'avoir su lui donner le souffle et l'esprit. Il est bien le troisième des pères fondateurs de l'IGR et de notre cancérologie.

Issu d'une riche famille d'industriels du textile originaire de Constantine, en Algérie, le jeune Tubiana, dont les qualités et le potentiel sont vite évidents, a reçu une éducation de haut niveau et a toujours appartenu à une élite cultivée, férue d'art et de littérature. Il est probablement, avec Jean Bernard et Jean Hamburger, l'homme à l'intelligence la plus brillante et la plus fascinante que j'ai rencontré au cours de ma carrière médicale. Cet esprit flamboyant,

rapide, curieux de tout était de plus doté d'un verbe prophétique plein de brio et d'élégance, qui lui donnait un ascendant immédiat dans tous les débats et les discussions, quel qu'en fût le sujet. De plus, bien que de vieilles photographies témoignent qu'il a été autrefois un beau jeune homme droit, sévère et élégant, il a acquis très tôt le physique d'un noble vieillard fragile, ne pouvant qu'inspirer respect et déférence. Contrastant avec cet aspect de vieux sage et ce verbe brillant et synthétique, Tubiana est en fait un incorrigible sentimental, doté d'un tempérament entier, impulsif, aux colères imprévisibles et terrifiantes. Il a vécu jusqu'à aujourd'hui toute sa vie médicale et personnelle comme un combat permanent contre l'obscurantisme, le refus passéiste du progrès, et plus largement contre la bêtise humaine, la routine et le conformisme, qu'il ne peut s'empêcher de ressentir comme des agressions personnelles. Alors que je devais prendre la parole à l'occasion de son quatre-vingt-dixième anniversaire, les mots qui me vinrent spontanément à l'esprit furent pour insister sur sa jeunesse de cœur et d'esprit, et pour dire qu'il restait pour moi un perpétuel « jeune homme en colère », l'un de ces *angry young men* comme se définissait un groupe d'écrivains anglais anticonformistes des années 1960.

Travailleur infatigable, épuisant ses collaborateurs comme ses secrétaires, il continue à écrire chaque jour de sa petite écriture que bien peu parviennent à déchiffrer et est, je pense, persuadé au plus profond de lui-même que ce travail incessant est la condition même de sa propre survie. De même, il parcourait inlassablement la planète pour porter la bonne parole dans les congrès internationaux ou se rendre au chevet de quelque grand de ce monde, depuis Evita Perón jusqu'à divers hiérarques poststaliniens des pays de l'Est.

Bien qu'il fût promis très tôt aux plus belles carrières hospitalo-universitaires, la guerre a été pour lui un tournant qui l'a détourné quelque temps du monde médical. D'abord contraint à un séjour de plusieurs mois en sanatorium pour une suspicion de tuberculose, il se heurte dès son retour aux lois antisémites du gouvernement de Vichy. Il quitte alors la France, et mènera une guerre glorieuse d'abord en Tunisie, puis dans l'armée d'Italie, où naquit probablement son admiration sans bornes pour le monde anglo-saxon, et en particulier pour les États-Unis, qui resteront toujours pour lui d'abord et toujours comme nos libérateurs.

À la Libération, en reprenant ses activités médicales, il s'oriente vers la cancérologie, mais en décidant d'emblée d'y mener une carrière mixte de clinicien et de chercheur, si évidente aux États-Unis, mais si difficile en pratique à mener en France.

Cependant, ce n'est pas vers la biologie qu'il s'oriente, mais vers la radiothérapie, car il est fasciné par les sciences dures et avant tout la physique, et il y acquiert un très haut niveau fondamental dans le laboratoire de Frédéric Joliot-Curie.

Alors que, trente ans plus tard, pour ma génération, la discipline reine de la recherche sur le cancer était la biologie et ses diverses composantes, la génétique, l'immunologie, la biologie cellulaire, le jeune Tubiana, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, est fasciné par l'atome et les possibilités infinies qui paraissent s'ouvrir alors à la physique nucléaire.

Il tente d'abord, comme nous tous, de s'implanter à l'Assistance publique de Paris, à l'hôpital Necker, mais il mesure très vite les difficultés qu'il y rencontrera pour mener ses projets dans leur plénitude et leur ambition. C'est ainsi que, dès le début des années 1950, il quitte l'AP pour l'Institut Gustave-Roussy de Pierre Denoix. Il n'a certainement pas éprouvé une grande affection pour ce dernier ni un

sentiment particulier de connivence avec lui, car celui-ci est bien loin d'avoir sa culture et son brio intellectuel, mais il est séduit par sa rigueur et son ouverture aux statistiques médicales et à l'informatique. Surtout, il mesure vite que l'IGR va lui offrir un champ à sa mesure. Ainsi s'ouvre, de 1950 à 1970, l'une des pages les plus glorieuses de l'IGR, avec la création d'une école de radiothérapie et de physique médicale qui rayonnera sur le monde et deviendra rapidement le phare de la radiothérapie européenne. Meneur d'hommes exceptionnel, Tubiana est entouré d'une équipe remarquable, une *dream team* des radiations, avec le couple de grands physiciens formé par Jean et Andrée Dutreix. Andrée a une allure et un comportement de maîtresse d'école de la III^e République, mais est d'un dévouement, d'une loyauté et d'une gentillesse inépuisables. Son mari Jean, plus discret, est un esprit fin, profond et imaginaire. Ils créent ensemble une équipe de physique médicale exceptionnelle. Tubiana est aussi le premier à doter l'IGR d'un béta-tron, ancêtre de nos modernes accélérateurs linéaires. Il a toujours su bénéficier des dernières innovations technologiques, grâce au soutien des industriels de la radiothérapie et de la radiophysique qui, du fait de son aura, voient dans l'IGR une vitrine internationale. Avec son équipe, ils ont été les premiers à utiliser l'informatique pour définir les plans de traitement du patient et calculer la dosimétrie permettant de délivrer à la tumeur la dose de rayons maximale en épargnant au mieux les tissus sains qui l'entourent. Naîtra une école remarquable dont les plus brillants éléments sont mes amis François Eschwège et Jean-Marc Cosset.

À l'IGR s'est également constituée une équipe de curiethérapie remarquable avec Bernard Pierquin, Daniel Chasagne et mon ami Alain Gerbaulet, qui ont enseigné à une large partie du monde l'art d'implanter dans divers organes des aiguilles radioactives, d'abord de radium, puis de

nombreux autres matériaux radioactifs, plus efficaces et moins toxiques.

Enfin, Tubiana introduit en France d'autres usages de la radioactivité : diagnostic, avec exploration du corps entier, scintigraphie, toujours très utilisée pour détecter les lésions osseuses et surtout thyroïdiennes, et aussi thérapeutiques, en particulier par l'usage de l'iode radioactif (I131), qui vient s'accumuler dans la thyroïde et y détruire les lésions cancéreuses avec un minimum d'effets secondaires.

Grâce à l'infrastructure statistique de Villejuif et à ses énormes séries de malades, l'équipe de Tubiana a pu mener des essais thérapeutiques qui font encore référence, en confirmant après Kaplan aux États-Unis, le rôle curateur de la radiothérapie dans la maladie de Hodgkin et les lymphomes malins, jusqu'alors considérés comme inéluctablement mortels.

Ainsi, Maurice Tubiana est l'homme qui a su donner une réalité scientifique et une crédibilité aux rêves de Gustave Roussy et de Pierre Denoix : faire cohabiter des équipes de médecins et de chercheurs. Il est le premier à avoir réussi à faire de cette cohabitation plus qu'une juxtaposition géographique ou hôtelière, mais à avoir su initier, sinon une réelle politique d'intégration des soins et de la recherche, mais au moins une interface innovante dans le domaine de la physique et des radiations.

Le basculement vers la biologie moderne et les nouveaux mécanismes de l'oncogenèse qui commencent à être élucidés s'est accompli quand, au début des années 1980, Tubiana a su attirer à l'IGR Roger Monier, grande figure de la biologie française, entouré de toute une équipe de généticiens et de biologistes moléculaires menés par mon vieux complice Jean Feunteun.

L'IGR a enfin acquis la masse critique scientifique et les compétences pour aborder de front les problèmes réels du

cancer et les appliquer au diagnostic et au traitement des malades. Il faudra encore des années de tâtonnements, d'initiatives individuelles pour que ces deux mondes apprennent à interagir, et il me reviendra de faire de cet ensemble une réelle structure intégrée et cohérente. Cependant, si Maurice Tubiana reste mon modèle médical, c'est Roger Monier qui m'a pris sous son aile et m'a aidé à patiemment tisser ce réseau d'interactions vivantes entre cliniciens et chercheurs. Il demeure pour moi l'archétype du grand savant pétri d'humanité, d'intelligence et de finesse. Homme intègre et parfaitement désintéressé, il rayonnait de modestie, de rigueur et surtout d'amour de la science. Longtemps après sa retraite officielle, il a continué à venir chaque jour à l'IGR poursuivre ses recherches personnelles, participer aux discussions scientifiques et aussi revoir ses vieux amis, dont la présence lui était nécessaire.

Il ne suffisait cependant pas de continuer à rapprocher toujours plus recherche et soin. Il convenait aussi d'humaniser l'hôpital pour en faire un lieu d'accueil et d'espérance tourné vers la ville et le monde environnant. La qualité de la prise en charge, de l'écoute et du dialogue devait enfin convaincre les patients de surmonter leurs craintes, et de venir à Villejuif le plus tôt possible dans leur maladie, pour bénéficier de l'excellence collective et de la mise en œuvre rationnelle de l'innovation qui offraient à tous les malades des chances supplémentaires, en ce lieu où s'inventait la médecine du futur. L'IGR ne devait plus apparaître comme l'hôpital de la dernière chance, celui où on va quand tous les traitements classiques ont échoué, mais celui qui offre à tous un traitement de pointe, dès les stades les plus précoces de leur maladie. Outre la rénovation des locaux, cet effort d'humanisation devait aussi passer par de nouvelles conditions de travail du personnel, trop souvent isolé et épuisé à la

fois par sa charge de travail et les contraintes liées au cloisonnement architectural.

Pour désengorger ce bâtiment malcommode, rigide et trop plein, l'idée simple, conseillée par beaucoup, était de faire construire un nouveau bâtiment sur les vastes terrains encore non bâtis ceinturant l'IGR. Or n'était-ce pas augmenter encore la dispersion et la complexité de l'ensemble et allonger les circuits des patients, sans résoudre pour autant les problèmes inhérents au bâtiment principal ?

Il fallait clairement s'attaquer au corps même de la cathédrale et y brancher une aile supplémentaire. Avant tout, il était nécessaire de séparer les parcours des patients hospitalisés des circuits des patients externes, ne venant que pour quelques heures d'examen, de consultation ou de traitement en hôpital de jour. À ceux-là, il fallait éviter ces parcours du combattant et ces attentes sans fin des ascenseurs dans les divers étages de l'IGR. Les étages du bâtiment existant ont donc été réservés aux différents secteurs d'hospitalisation, alors que les simples consultants passaient directement dans les nouveaux locaux, et sont maintenant accueillis dans un nouvel espace de consultation, que nous avons voulu clair, lumineux, spacieux et calme. Les prises de sang pour les examens sont réalisées sur les lieux mêmes, tout comme les examens radiologiques les plus courants (mammographies en particulier), pour que les malades n'aient plus à se déplacer, et encore moins à attendre des ascenseurs, à errer et à se perdre. Toutes les consultations de l'IGR et les fameux comités sont regroupés dans cette nouvelle aile, mais les médecins ne sont plus « propriétaires » de leurs locaux ni de leurs personnels de soins ou de secrétariat. Ils disposent de ces locaux et de ces personnels pendant des créneaux horaires hebdomadaires clairement définis. Cela permet d'éviter que des locaux et des personnels restent ainsi inoccupés alors que d'autres sont surchargés de

travail. Dans cet espace de consultation, c'en est fini des tâches routinières et répétitives comme de l'isolement. Tous ont le sentiment de participer à une entreprise collective dont ils perçoivent l'intérêt et la nécessité, et se vivent comme les maillons indispensables d'une réelle chaîne de solidarité humaine. Ces circuits simplifiés, la responsabilisation et la solidarité des hommes et des femmes qui ont pour la plupart vécu et espéré ces changements, ont permis de transformer littéralement l'atmosphère de ces consultations, de réduire considérablement les attentes et de personnaliser les relations entre malades et soignants, en laissant du temps pour les échanges, les interrogations, les conseils.

Tout le sous-sol de ce plateau de consultation est occupé par un vaste espace de laboratoires, dans lequel nous avons regroupé tous les laboratoires de biologie et d'anatomopathologie, hier encore éparpillés sur plusieurs étages de la tour principale. L'aménagement de ces espaces a accordé une large place aux nouvelles technologies issues de la biologie moléculaire, de la génétique et de la génomique. Ces nouveaux outils sont des biens communs partagés entre les différentes équipes. Ce sont ainsi plus de deux cents personnels de laboratoires, médecins, biologistes, pharmaciens, techniciens, ingénieurs, qui ont appris ensemble à maîtriser ces nouveaux outils et ont découvert ensemble les nouveaux horizons qu'ils permettaient d'entrevoir. Ainsi, le progrès technologique, au lieu d'être un fardeau supplémentaire ou le champ réservé d'une petite élite, est devenu un levier du changement des pratiques professionnelles et un thème d'intérêt général, facteur de solidarité et de cohésion.

Enfin, la création d'un seul bloc opératoire hypermoderne a mis fin à la division artificielle entre chirurgie générale et chirurgie ORL et permis l'occupation rationnelle des différentes salles d'opération, et de regrouper l'ensemble des activités d'anesthésie et de soins aigus postopératoires.

Le départ dans la nouvelle aile de toutes les activités de consultation, de laboratoires et de blocs opératoires a enfin redonné de l'espace et de la respiration à tous les secteurs restant dans le bâtiment principal. Les secteurs administratifs, autrefois logés par Denoix dans les étages inférieurs et faciles d'accès de la tour, ont été redéployés dans les espaces de laboratoire libérés dans les étages supérieurs. Ainsi, de vastes espaces d'hôpital de jour, de soins ambulatoires et d'accueil des urgences ont pu être créés dans les étages inférieurs. L'ensemble des services d'hospitalisation a été rénové et modernisé. Les départements techniques de radiothérapie et d'imagerie ont été repensés, rénovés et ont enfin pu accueillir les équipements lourds et les appareils de toute nouvelle génération, souvent dans le cadre de partenariats industriels et de prototypes européens.

Enfin, une idée forte d'aménagement du site environnant s'est progressivement fait jour. Au lieu de continuer à camper en solitaire sur les bords de l'autoroute, pourquoi l'institut ne serait-il pas le cœur d'un nouveau type de développement urbain et un facteur attractif de promotion économique et sociale des communes de la banlieue sud-est de Paris ? Denoix, nous l'avons vu, avait voulu que sa cathédrale se dressât solitaire au cœur d'une vaste zone de friche, où seuls d'étonnants réservoirs-d'eau, tels des cornets de glace géants, une caserne de CRS et quelques modestes pavillons qui ont remplacé les cabanes à lapins d'antan viennent à grand-peine meubler un gigantesque espace encore quasi désertique. Trente ans après, cet emplacement étrange peut et doit enfin donner à l'IGR un atout capital, devenu précieux et rare en région parisienne, l'espace.

Aux portes de Paris, à proximité immédiate des boulevards périphériques, de l'autoroute la plus fréquentée de France et de l'aéroport d'Orly, l'IGR est de fait le seul hôpital du Grand Paris à bénéficier à la fois d'une masse critique

médicale, scientifique et technique déjà importante, et de capacités d'extension et d'accueil considérables. À l'heure des pôles de compétitivité, des « biopôles », des « clusters scientifiques » associant univers académique et industriel, Villejuif a enfin la possibilité et la chance d'être non plus seulement une petite commune de banlieue, mais le cœur d'un espace universitaire, hospitalier, scientifique et industriel de dimension européenne, et de jouer dans la même cour que Shanghai, Boston, Houston, Heidelberg et Stockholm.

C'est le projet Cancer Campus, conçu par Gilbert Lenoir, qui a été pendant dix ans le directeur de la recherche de l'IGR à mes côtés. La municipalité de Villejuif comme celles des communes avoisinantes ne s'y sont pas trompées et ont constitué la communauté d'agglomération de la vallée de la Bièvre pour porter entre autres ce projet et plus largement faire de cette portion du Val-de-Marne un pôle de recherche et de développement. Rappelons que les biotechnologies sont en plein essor et trouveront dans le diagnostic et le pilotage des traitements du cancer un champ de développement considérable, qui s'étendra probablement bientôt à d'autres champs de la médecine, et qu'une nouvelle génération de médicaments est en train de naître sous nos yeux. Les industriels des technologies comme de la pharmacie ont déjà un besoin urgent de tester rapidement et à large échelle l'intérêt de leurs produits et de les améliorer en permanence, et recherchent de plus en plus l'adossement à de grandes structures hospitalières de taille critique suffisante, en particulier en termes de recrutement de patients et de niveau technologique, sans l'avoir jusqu'ici trouvé en France. Cela concerne certes les géants de l'industrie pharmaceutique, les *big pharmas* comme nous le disons, mais aussi toutes ces petites entreprises, ces start-up ou ces biothechs, souvent créées par quelques chercheurs intelligents et aventureux,

qui n'ont pas les moyens de tester seuls leurs découvertes ou leurs inventions, et rêvent de s'implanter dans l'environnement immédiat d'un ensemble médico-scientifique, avec des accords de partenariats. Ce développement créerait des emplois et inciterait à la construction de logements, de développements urbains et de moyens de transport pour ces nouveaux venus, dont pourraient enfin bénéficier les malades de l'IGR et ses personnels. Déjà, ce projet est inclus dans les divers projets de développement du Grand Paris, et les plans d'extension du métro et du RER, même s'ils sont encore un sujet mouvementé de débats politiques, s'accordent tous pour le moment sur l'arrivée à Villejuif de deux lignes de métro nouvelles, et le croisement de la ligne nord-sud Roissy-Orly et de la branche sud-est de la ligne de « grande ceinture » aux pieds de l'IGR. Je rêve de voir de mes yeux cet IGR nouveau, d'accès aisé et au sein d'un espace urbain rénové (et peut-être moins modestement de laisser mon nom à une station de métro).

Bien plus que l'aboutissement d'un rêve personnel et au-delà même de l'amélioration considérable apportée à la vie quotidienne de tous ceux qui viennent à l'IGR pour y être soignés ou pour y travailler, je verrais dans un tel accomplissement la plus belle des démonstrations d'une pensée qui m'a toujours guidé : nos politiciens et nos décideurs ont bien tort de ne considérer la santé et la recherche biomédicale qu'en termes de coûts, voire de surcoûts. Être soigné n'est pas qu'une volonté égoïste des citoyens ; vouloir bien soigner n'est pas qu'une aspiration philosophique et morale du corps médical (ou un alibi pour être mieux payé) ; l'innovation n'est pas qu'une fatalité coûteuse qu'il importe de contenir et de rationner ; la recherche n'est pas qu'une utopie pour doux rêveurs et illuminés, et l'important n'est pas simplement d'y participer. La révolution médicale qui s'annonce, si nous savons la prévoir, l'anticiper, la maîtriser en nous dotant de

la stratégie et des outils technologiques nécessaires, doit être un nouveau levier de développement économique et social, un secteur majeur de ces fameux investissements d'avenir dont en ces temps de crise si dure, notre pays et toute l'Europe ont le plus grand besoin.

Si, au contraire, nous nous contentons de subir passivement ces progrès et ces changements, et que nous laissons le marché et les grandes firmes commerciales nous l'imposer au gré de leurs intérêts marchands, il est clair que le coût de la santé va exploser et aggraver encore notre situation économique déjà bien difficile. Au lieu de contribuer à une amélioration globale de la qualité des soins dans notre pays, cela créera vraiment une médecine à deux vitesses, où l'innovation ne sera accessible qu'aux plus riches d'entre les Français.