

CHAPITRE 1

AVANT L'ORDONNANCE DU 30 DÉCEMBRE 1958



Sans vouloir remonter très loin dans l'histoire hospitalière, on doit toutefois signaler quelques grands moments « historiques » qui ont modifié de façon durable le fonctionnement des hôpitaux français. Pour cela, il faut se projeter en pleine guerre de 1940 pour comprendre et découvrir que les grandes réformes qui paraissent naître de novo, sont souvent le fruit d'une longue maturation avant de sortir des limbes pour être enfin « décrétées » et appliquées ! Certes, l'arrivée au pouvoir d'un « homme providentiel », de la rencontre « d'un homme et d'un peuple », comme aiment souvent à répéter certains hommes ou femmes politiques, facilite ou permet cette matérialisation mais la « Réforme » reste le fruit de la réflexion d'un groupe de « pères fondateurs », réunis autour de quelques personnalités exceptionnelles, dont celle du professeur Robert Debré.

Le 3 septembre 1939 l'Angleterre et la France déclarent la guerre à l'Allemagne. Les 13 et 14 mai 1940, la défaite de armées franco-britanniques à Sedan met fin à la « drôle »

de guerre. Le 14 juin 1940, l'armée du Reich défile sur les Champs-Élysées. Le 16 juin, le maréchal Pétain, à Bordeaux, est élu à la présidence du Conseil et demande l'armistice le 17 juin. Le 18, le général de Gaulle appelle, depuis Londres, les Français à refuser la « paix » et crée le 22 juin, la France Libre

La loi du 21 décembre 1941 : de l'hôpital « pour les pauvres » à l'hôpital « toutes classes »

Une des premières étapes, signant incontestablement le début de la vie hospitalière « moderne », est marquée par la loi du 21 décembre 1941, copie presque conforme d'un décret-loi publié le 28 juillet 1939 mais non appliqué en raison de la déclaration de guerre, le 3 septembre. Cette loi fut complétée ultérieurement par le règlement d'administration publique du 17 avril 1943. Ces textes allaient modifier considérablement et durablement toute l'organisation hospitalière.

Les hôpitaux étaient dès lors répertoriés en trois catégories : les centres hospitaliers régionaux, situés dans les villes dotées d'une faculté de médecine, les centres hospitaliers, dans les villes non pourvues de faculté, et les hôpitaux de troisième catégorie. Cette loi marquait aussi la fin de la gestion communale qui existait depuis 1796, le début de l'étatisation des hôpitaux et surtout l'ouverture de ces établissements à toutes les classes sociales.

Pour les malades payants (directement ou par l'intermédiaire d'un organisme d'assurances sociales), de nouvelles structu-

res d'hospitalisation, de meilleure qualité, dites « cliniques ouvertes », devaient être créées. Les médecins libéraux y auraient la possibilité de traiter leurs patients en percevant directement leurs honoraires. Les hôpitaux s'ouvraient ainsi aux non-indigents, suivant la formule de l'hôpital « toutes classes », c'est-à-dire toutes catégories sociales.

Ce décret instituait également la fonction de directeur : « Un agent nommé par l'établissement est chargé d'exécuter les décisions de la commission administrative et d'assurer la direction du service. » Ce directeur dépendait hiérarchiquement du préfet ou du ministre et avait le pouvoir de nomination sur l'ensemble du personnel non médical, ce qui diminuait nettement les compétences du président de la commission administrative (CA). Les médecins n'étaient plus nommés par cette dernière, mais par le ministre ou le préfet.

Enfin, la loi plaçait auprès de la commission administrative une commission médicale consultative (CMC), conférant au corps médical et aux autorités sanitaires une influence nouvelle dans le fonctionnement et la gestion des services hospitaliers. Ainsi la CA comprenait-elle trois administrateurs sur sept représentant le conseil municipal – dont le maire, président de facto –, ainsi que des personnes qualifiées et des représentants de la nouvelle CMC. En 1945, une ordonnance allait y ajouter un représentant des caisses de Sécurité sociale. Par rapport à l'état antérieur, c'était déjà une importante révolution, destinée à moderniser le fonctionnement de l'hospitalisation publique.

Malgré ces progrès législatifs indéniables concernant le fonctionnement et l'organisation des hôpitaux, ceux-ci passant du statut d'institutions caritatives au rang de véritables

centres de soins, peu de modifications furent réellement notées dans la vie hospitalière courante. Plusieurs questions plus spécifiquement médicales restaient en suspens, en premier lieu celle de la spécialisation.

1940-1942. Évolution de la profession médicale : l'ordre des médecins et la reconnaissance de certaines spécialités

La création d'un ordre des médecins date de la fin de l'année 1940. Cette question traînait depuis presque un siècle et, malgré un accord quasi général en 1929, le projet était resté dans les cartons. En quelques semaines, le gouvernement de Vichy fit ce que la République n'avait pas réussi à mettre sur pied en l'espace de plusieurs années. Certes, l'ordre des médecins établi par la loi du 7 octobre 1940 était loin d'être parfait : c'était une structure administrative peu démocratique, dont tous les membres étaient nommés par le gouvernement. Il fut réformé rapidement : le 10 septembre 1942, il devint plus représentatif, les médecins pouvant élire un candidat parmi quatre choisis par le secrétaire d'État à la Santé ! Sa moralité irrémédiablement entachée eu égard à son adhésion aux lois antijuives et aux lois d'exception concernant les étrangers, l'ordre des médecins instauré par Vichy essaya de gérer les difficultés du temps et d'aider à l'exercice de la profession dans des conditions très précaires (obtention de l'autorisation de circuler, de bons d'essence ou de bicyclettes...). Parallèlement à la gestion des problèmes déontologiques et disciplinaires, il se consacra à la

question de la spécialisation. Dès son premier numéro, au début de l'année 1941, le Bulletin de l'ordre des médecins publiait une « liste des spécialités médicales officiellement reconnues par le Conseil supérieur de l'ordre ». Jusque-là, le problème des spécialistes n'avait pas été abordé et traité de façon correcte, l'appréciation de la compétence étant plus ou moins laissée à l'avis même de l'intéressé ! L'ordre détermina 9 « spécialités qualifiées » (obstétrique et gynécologie, chirurgie générale, dermato-vénérologie, électroradiologie et agents physiques, biologie et laboratoires, neuropsychiatrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie) et 22 « spécialités libres », c'est-à-dire des orientations de la médecine ou de la chirurgie générale. Cette liste précisait : « L'exercice habituel de la médecine générale est interdit aux spécialistes de ces catégories. »

Au sein du Comité médical de la Résistance en 1941

C'est au cours de ce moment important de l'histoire française qu'allaient germer des réflexions politiques capitales pour l'avenir de la société, dont certaines, élaborées par des membres du milieu médical, préfigurent la grande réforme hospitalo-universitaire de 1958. Dans ce climat de résistance, où les rencontres les plus importantes se faisaient dans des chambres de bonne, sous la menace toujours possible d'une arrestation, régnait une effervescence intellectuelle peu commune mêlée aux aléas de la vie quotidienne. Le Pr Robert Debré, membre de la Résistance,

président du Front national des médecins, fit paraître une brochure, Médecine, santé publique, population, dans laquelle il proposait pour l'hôpital un plan révolutionnaire centré sur la fonction plein-temps des médecins, la fusion des carrières hospitalières et universitaires, un enseignement plus scientifique, le développement de la recherche, l'ouverture de l'hôpital à toutes les catégories sociales (ce qui était déjà prévu par la loi du 21 décembre 1941), etc. Le « projet Debré » fut accepté par le comité directeur du Front national des médecins et transmis au Comité français de libération nationale à Alger en janvier 1944. Pour que le succès de cette réforme fût possible, pour éviter que le texte élaboré et imprimé ne fût confiné dans la poussière des armoires ministérielles, Robert Debré préconisait la création d'un ministère fort, ayant « une sorte de prédominance analogue à celle qu'exerce, en fait, le ministère des Finances sur les projets des différents ministères »... Parmi les sept points principaux, véritables fils-guides de la future organisation proposée par Robert Debré, figurait la nécessité de posséder un corps enseignant voué entièrement à sa tâche et menant une vie essentiellement hospitalière et universitaire, ainsi que des facultés de médecine assurant la direction technique de tous les services hospitaliers des villes universitaires. Ces propositions préfiguraient, avec plus de cinquante ans d'avance, les différentes réformes qui allaient être effectuées, et dont les plus récentes paraissent encore très « timides » par rapport aux idées originelles.

1944-1946. Une proposition de fusion hospitalo-universitaire

Le 6 juin 1944, les Alliés débarquent en Normandie. Le 20 août, Pétain quitte Vichy pour Sigmaringen. Le 25, Paris est libéré. Un Gouvernement provisoire de la République française est institué. Le 21 octobre, le droit de vote est accordé aux femmes. Le 16 novembre 1945, de Gaulle forme un gouvernement tripartite alliant SFIO, MRP et PCF. Le 19 janvier 1946, devant le refus de l'Assemblée d'adopter son projet de Constitution, le général démissionne. La IV^e République naît le 13 octobre 1945, et le 16 décembre Léon Blum accède à la présidence du Conseil. En l'espace de 13 ans (1947-1958), cette République va connaître 22 gouvernements !

Le programme de réforme médicale était largement ébauché mais, après la Victoire, son application, comme l'avait pressenti Robert Debré, était loin d'être possible. Deux jours après la libération de Paris, en août 1944, le Comité français de libération nationale dissolvait l'ordre des médecins mis en place par le gouvernement de Vichy, lui substituant le 11 décembre 1944 une structure provisoire, le Conseil supérieur des médecins, avant de créer, par ordonnance du 24 septembre 1945, un nouvel ordre des médecins, dont la configuration est toujours en vigueur. Le 20 octobre 1946, le Conseil national de l'ordre présentait des propositions concernant la reconnaissance de 10 spécialités et de 21 compétences. Trois ans plus tard (12 octobre 1949), un arrêté fixait officiellement les règles de la qua-

lification, et la liste des spécialités à exercice exclusif ainsi que celle des compétences. La qualification constituait un titre officiel permettant de « diriger les services spécialisés des hôpitaux » ; encore fallait-il créer les services correspondants, mais les autorités de tutelle, craignant un risque d'inflation des dépenses de santé, n'autorisèrent que parcimonieusement ces nouvelles implantations.

Pour les hôpitaux et la médecine en général, la création de la « nouvelle » Sécurité sociale (ordonnance du 19 octobre 1945) au lendemain de la guerre ne mena pas à une véritable intégration de la médecine à la protection sociale, contrairement à ce qui se passa en Grande-Bretagne avec le plan Beveridge et la fondation du National Health Service. Pourtant, l'idée d'une fusion du corps enseignant des facultés de médecine et du corps médical hospitalier était dans l'air, et ce projet recevait une réponse favorable du Comité consultatif des universités qui soulignait dans son rapport les très grands avantages à escompter d'une telle fusion, tant pour l'enseignement de la médecine que pour la qualité du personnel hospitalier. Une commission tripartite regroupant les ministères de l'Éducation nationale, de la Santé, et du Travail et de la Prévoyance sociale fut alors programmée afin d'étudier dans quelles conditions pratiques les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux pouvaient donner un enseignement en médecine. Le recrutement devait alors s'effectuer sur le plan national et non régional, comme il était de mise pour les médecins hospitaliers. Cependant, l'ouverture de cet énorme chantier parut peu opportune, eu égard à la réorganisation administrative de la France, et cette première tentative n'aboutit malheu-

reusement pas. Le projet fut tranquillement enterré pendant plusieurs années.

1945. CRÉATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Il existait déjà, avant 1945, des systèmes d'assurances, dont les plus anciens remontaient au début du xxe siècle. L'ordonnance du 4 octobre 1945 prévoyait un réseau coordonné de caisses se substituant à de multiples organismes, mais l'unité administrative ne fut cependant pas réalisée, et ne l'est toujours pas. Pourtant, l'ordonnance précisait :

« Envisagée sous cet angle, la sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants, mais ce qu'il est possible de faire aujourd'hui, c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan. »

L'ordonnance du 19 octobre 1945 concerne les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès. La loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à pratiquement toute la population, et celle du 30 octobre 1946 prévoit la prise en charge des accidents du travail par la Sécurité sociale. Les professions agricoles conserveront leurs institutions spécifiques dans le cadre de la

Mutualité sociale agricole. Les salariés des régimes spéciaux (fonctionnaires, marins, cheminots, mineurs, etc.) refuseront de s'intégrer au régime général et conserveront, dans un cadre « transitoire » qui est toujours d'actualité, leur régime spécifique.

1956. Des « Jeunes-Turcs » mendésistes au Comité interministériel, en passant par le colloque de Caen

Après les élections législatives, le 2 janvier 1956, le Front républicain de Mendès France arrive aux affaires. Il réunit le Parti socialiste (SFIO), le Parti radical, l'UDSR de François Mitterrand et les gaullistes sociaux de Jacques Chaban-Delmas. Guy Mollet, nommé à la présidence du Conseil, est accueilli le 6 janvier à Alger par des jets de tomates, de nombreux pieds-noirs étant hostiles à toute évolution libérale de la question algérienne.

Dès 1953, Pierre Mendès France était convaincu de la nécessité d'une recherche scientifique forte : « Contrairement à ce que l'on a pu dire, la République, plus que jamais, a besoin de savants. » Parallèlement, dans le cadre plus spécifique des réformes médicales et hospitalières, après quelques années de sommeil, l'idée d'une fusion hospitalo-universitaire resurgit. Jean Dausset raconte (colloque de Caen, 1996) :

« Pierre Mendès France nous a demandé d'écrire à ce moment-là un plan de santé, qui a été publié dans le journal du Parti radical en février 1955. Dans ce plan de santé, il y avait naturellement le plein-temps ; on ne parlait pas encore

de fusion, mais de collaboration intime entre les facultés de médecine et les hôpitaux. »

Pierre Mendès France, ministre d'État dans le cabinet Guy Mollet, va alors faire entrer dans les cabinets ministériels de jeunes médecins radicaux, l'un à la Santé (Roussel), l'autre (Dausset) au ministère de l'Éducation nationale de René Billères, alors qu'un des membres socialistes (Chauffet) est détaché au grand ministère des Affaires sociales de A. Maroselli. Ces conseillers découvrent, grâce à un des anciens élèves du Pr Robert Debré, que ce dernier a écrit « quelque chose sur une réforme éventuelle de la médecine » ! En quête d'un leader, ils vont en délégation le solliciter pour bénéficier : à la fois de sa caution, en tant qu'autorité médicale reconnue, et de son savoir-faire pour proposer une méthode de travail. Robert Debré accepte rapidement, à la condition que soient donnés, et donc créés, les moyens de la réussite. Dès 1944, le père fondateur des CHU, conscient des résistances majeures qu'allait provoquer « sa » réforme, avait déterminé quelles seraient les conditions indispensables au succès.

« Pour accomplir cette véritable révolution, il faudrait qu'un ministre fût doté de pouvoirs extraordinaires, quasi dictatoriaux, lui permettant de transformer des administrations qui dépendent actuellement de divers départements et services, ce qui n'est possible que si l'on réunit, sous l'autorité très puissante et très large d'un grand ministère de la Population, tout l'armement sanitaire, tout l'équipement hygiénique et toute la politique de santé du pays. »

En 1956, le Comité interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire et sociale est créé par décret du 18 septembre. Son efficacité ne fera pas regretter le grand ministère imaginé dans les années 1940.

1956-1970. COMITÉ INTERMINISTÉRIEL D'ÉTUDE DES PROBLÈMES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL, DE LA STRUCTURE HOSPITALIÈRE ET DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Ce Comité créé par décret le 18 septembre 1956 regroupait 12 membres, désignés à titre personnel par le ministre d'État chargé de l'Éducation nationale, le ministre des Affaires sociales, le secrétaire d'État à la Santé publique, le ministre chargé de la Recherche scientifique, le ministre de l'Intérieur et le ministre des Finances. Le gouvernement l'avait doté d'une structure administrative solide, d'un secrétariat permanent, et lui avait fait bénéficier de la participation de hauts fonctionnaires du Conseil d'État et de la Cour des comptes, de l'Éducation nationale, de la Santé publique, des Finances, de l'Intérieur, de l'Assistance publique de Paris, de la Sécurité sociale et des syndicats médicaux. En faisaient partie notamment, sous la présidence du Pr Robert Debré, le directeur de l'Enseignement supérieur, Gaston Berger, le directeur de la Santé publique, Eugène Aujaleu, les doyens de Paris (Binet), Lyon (Hermann), Montpellier (Giraud) et plus tard Toulouse (Lazorthes), ainsi que plusieurs autres personnalités choisies en raison de leurs compétences. Définie par le texte constitutif, la tâche du Comité consistait à étudier les moyens propres à adapter aux progrès de

la médecine l'enseignement médical, la structure hospitalière, la recherche médicale et la médecine de soins. D'emblée, il fut établi que les situations acquises seraient respectées et que les hommes en fonction choisiraient librement leur régime, la réforme définitive n'étant appliquée dans son ensemble qu'à la génération montante, donc progressivement. Ce point fut remis en cause ultérieurement, car trop gênant pour l'application réelle de la réforme. D'octobre 1956 à 1970, le Comité allait travailler sur les réformes nécessaires dans les quatre domaines précités.

Quelques semaines après, du 1er au 3 novembre 1956, se tenait à Caen, dans la première université reconstruite en France, un colloque national sur la recherche et l'enseignement scientifiques. Présidé par Pierre Mendès France, ce colloque, auquel participaient 250 scientifiques, industriels, administrateurs, fonctionnaires, parlementaires et journalistes, était consacré à l'état et à la promotion de la recherche et de l'enseignement scientifiques. Dans son allocution inaugurale, René Billères, ministre de l'Éducation nationale, déclara : « Le sort de la recherche scientifique française engage dans une large mesure celui du pays » ; et de conclure par une citation de Pasteur, qui comparait « les laboratoires à des temples de l'Avenir, de la Richesse et du Bien-Être ». Ce colloque historique, dont le maître d'œuvre fut Jean-Louis Crémieux-Brilhac, permit de définir les bases et la nouvelle organisation de la recherche scientifique française. Robert Debré et ses « cadets », René Fauvert et Jean Dausset, présentèrent un « plan d'organisation de la recherche médicale en France » ; Fauvert

et Dausset exposèrent leur « plan de réforme de l'enseignement de la médecine » ; Louis Bugnard fit une communication sur « le présent et le futur » et Henri Péquignot « quelques suggestions » ; de Balliencourt et Fauvert rapportèrent les « débats de la sous-commission médicale ».

1956. Hôpitaux : une situation catastrophique

Les arrêtés de classement des hôpitaux du 16 janvier 1956, relatifs à chacune des 16 régions sanitaires métropolitaines, donnaient pour l'ensemble du territoire le nombre de 1 773 hôpitaux et hospices publics, dont 16 centres hospitaliers régionaux, 66 centres hospitaliers, 456 hôpitaux et 1 235 hospices (231 d'entre eux étant autorisés par dérogation à fonctionner comme un hôpital pour certains services nommément désignés). Globalement, 200 000 lits pour malades « aigus » étaient disponibles, la France comptant alors un peu plus de 40 millions d'habitants. Cette description numérique pouvait en théorie paraître satisfaisante, mais la réalité était beaucoup plus prosaïque. Des différences sensibles existaient entre les régions, la répartition des établissements était irrégulière et la capacité hospitalière ne suivait pas l'expansion démographique de la plupart des grands centres urbains.

Le Comité interministériel, dans un premier bilan, mit facilement en évidence des carences graves, dont une des toutes premières était hospitalière. En plus du manque de lits, les conditions d'hospitalisation n'avaient pratiquement pas changé depuis le xix^e siècle. Les grandes salles communes contenaient 30 à 40 lits, tandis que les chambres particulières

étaient quasiment absentes ou réservées aux grands malades ; le plus souvent, excepté dans les services dévolus aux maladies infectieuses, l'isolement des mourants se limitait à un paravent dressé au cours des dernières heures autour du lit.

Les hôpitaux ne fonctionnaient à plein que trois ou quatre heures par jour, uniquement le matin lors du passage des médecins, qui travaillaient le reste du temps en cabinet ou en clinique privée. Certains d'entre eux, certes une minorité, abusaient même de leur situation, et s'ils en retiraient un prestige ou une notoriété appréciables, ils ne fournissaient pas de travail correct en compensation. Il faut dire que les honoraires hospitaliers n'étaient guère élevés. Il ne s'agissait plus d'une activité charitable mais d'un véritable travail à temps partiel auquel s'ajoutait une activité privée hors de l'hôpital bien plus lucrative, avec un matériel plus performant.

Les difficultés matérielles étaient elles aussi bien réelles, liées aux insuffisances en équipement et à la vétusté des locaux. Quand il existait, ce matériel hospitalier était utilisé à temps partiel, ce qui entraînait une augmentation du prix de revient de chaque acte et un prolongement de la durée d'hospitalisation. Bref, la structure et le fonctionnement hospitaliers étaient dans l'ensemble défectueux, avec des retombées indirectes mais certaines sur la qualité des soins, et à plus forte raison sur les possibilités d'enseignement et de recherche. Pour remédier à toutes ces carences, il fallait non seulement recruter des médecins, mais aussi réformer leur système de travail, améliorer les structures et augmenter le nombre des étudiants.

1956. Facultés : un enseignement retardataire

Les critiques concernant l'enseignement médical étaient tout aussi sévères. Le rapport du Comité interministériel soulignait d'emblée l'absence d'un encadrement efficace des étudiants. À titre d'exemple, il y avait ainsi, pour 100 étudiants, 3 professeurs à Paris contre 25 à St Thomas (une des 12 écoles de médecine de Londres) et plus de 50 à l'université Columbia de New York. Cette différence était peut-être moins nette en province, mais la France souffrait d'un vieillissement incontestable de la structure de l'enseignement médical, d'autant que certains professeurs, sinon la majorité, consacraient une partie importante de leur temps à leur clientèle privée. Les facultés de médecine vivaient sur les principes posés au début du XIX^e siècle. Le régime même du PCB et des études médicales n'avait guère été modifié depuis 1934. Aussi les quelque 20 000 étudiants en médecine recouraient-ils à des enseignants bénévoles, médecins hospitaliers, chefs de clinique, internes, qui organisaient à titre privé des conférences de préparation à l'externat et à l'internat. Ces deux concours hospitaliers ajoutaient une concurrence stérile à l'enseignement universitaire. Cette dualité entraînait une certaine anarchie. Pour les meilleurs ou les plus acharnés, l'externat et l'internat, où s'acquerrait la véritable formation clinique, représentaient la voie royale, l'internat donnant ensuite accès aux grandes carrières hospitalières. Quant aux autres, plus de 60 % des cas, après des études théoriques médiocres, sans réelle formation pratique, ils ne pouvaient fréquenter l'hôpital qu'en tant que « stagiaires », la plupart du temps laissés pour

compte, sans aucune responsabilité ni enseignement clinique approfondi. Beaucoup ne se formaient donc à la véritable pratique médicale qu'après leur installation !

Les modalités de recrutement ou de promotion des enseignants étaient elles-mêmes très anciennes. Assistants et chefs de clinique, à l'âge du plus grand enrichissement intellectuel, se trouvaient écartelés entre diverses fonctions ; et surtout, devant la nécessité de gagner leur vie, ils s'installaient simultanément « en ville ». Lorsque, plus tard, ils possédaient le titre tant convoité de médecin ou chirurgien des hôpitaux, ou de professeur agrégé, ils étaient en fait recrutés sur place, retenus par leur clientèle personnelle mais surtout par leur titre hospitalier local, qui ne leur permettait pas de changer de ville. Ainsi, le Pr Leriche, chirurgien lyonnais de réputation internationale, ancien président du Conseil de l'ordre, nommé au Collège de France à Paris, ne put obtenir un service dans les hôpitaux de Paris. C'est pour remédier à ces graves inconvénients que quelques formules de plein-temps furent expérimentées avant l'heure, en particulier dans les hôpitaux de Strasbourg ; mais ces expériences, bien que très prometteuses, furent très limitées en raison des contraintes administratives.

Quant aux programmes d'enseignement, leur ancienneté frisait souvent le ridicule. Des maladies très fréquentes au siècle précédent mais beaucoup plus rares en ce milieu de XX^e siècle étaient étudiées longuement pour la « beauté » de leurs signes cliniques. Le traitement des affections était séparé de la pathologie et restait souvent en suspens, la thérapeutique n'intervenant dans le cursus qu'en fin de parcours, c'est-à-dire en dernière année ! Fait aggravant,

aucune notion de statistique, de psychologie, de sociologie, de médecine préventive ou sociale, de politique de la santé publique, d'organisation de la sécurité sociale, n'était enseignée au futur médecin. « Il faut songer que l'étudiant qui commence sa médecine en 1957 exercera de longues années après la fin de ses études et devra être capable d'assimiler les nouveaux progrès qui ne manqueront pas d'être accomplis durant toute sa carrière » (Robert Debré).

1956. Recherche médicale : pratiquement inexistante

Le troisième volet du bilan portait sur les insuffisances criantes de la recherche médicale, faute d'une formation scientifique des médecins appropriée et de ressources suffisantes, sans parler de l'inexistence de laboratoires et d'installations modernes. La situation ne datait pas d'hier. En 1918, avant même la Victoire, un rapport sur la réorganisation de la faculté de médecine de Paris avait été approuvé par le conseil de l'établissement qui s'alarmait de l'état catastrophique de l'enseignement et de la recherche dans le domaine médical. Le recteur refusa de le laisser paraître... estimant que son éventuelle lecture à l'étranger pourrait dévoiler la situation lamentable dans laquelle se trouvait la faculté de médecine. Malheureusement, dans l'entre-deux-guerres, aucune grande réforme susceptible de moderniser la formation ou de promouvoir la recherche médicale ne vit le jour. Malgré la création d'organismes comme l'INH et le CNRS, la recherche médicale française était encore distancée par les équipes

étrangères, qui travaillaient dans des laboratoires modernes dotés d'installations perfectionnées. En 1955, considérant que l'INH ne pouvait soutenir la « vraie recherche médicale », plusieurs cliniciens, parmi lesquels Jean Bernard, Jean Hamburger, Raoul Kourilsky et Gabriel Richet, œuvrèrent avec le « club des treize » à la création d'une association Claude-Bernard (ACB) ayant pour mission d'installer des laboratoires de recherche à proximité de certains services cliniques hospitaliers parisiens. Cette association fut subventionnée par des dons et legs, et surtout par le conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine. Une quinzaine de laboratoires de recherche furent financés par l'ACB, certains étant cofinancés par l'INH. Les centres de recherche ainsi créés devinrent presque tous des unités de recherche de l'INSERM en 1964, après la disparition de l'INH.

LE « CLUB DES TREIZE »

JEAN BERNARD RACONTE :

« L'histoire des "treize" n'est pas celle de conspirateurs balzacien mais celle d'un groupe d'amis qui, unis par les mêmes goûts de la recherche, prirent l'habitude, vers 1960, de s'assembler chaque mois pour confronter leurs espoirs, leurs déceptions, leurs méthodes, leurs progrès, leurs difficultés. Plusieurs d'entre les treize, tels R. Fauvert, J. Hamburger, ont par leur œuvre, par leur exemple, littéralement suscité la renaissance de la recherche médicale française. Nous sommes donc treize, une femme et douze hommes. Femme et hommes de science et de médecine » (C'est de l'homme qu'il s'agit, 1988).

Mais à part ces rares exceptions, limitées à quelques laboratoires de faculté ou grandes unités de l'INH, la recherche médicale française restait pauvre, tant en moyens humains et matériels qu'en résultats. L'inexistence d'un enseignement préparatoire à la recherche aggravait la situation, défavorisant le recrutement et rendant pratiquement impossibles les possibilités de carrière. Cet état de fait dura plusieurs décennies, avec un schéma qui se reproduisit au centuple : un chercheur français, interne des hôpitaux, parti faire un séjour d'un ou deux ans aux États-Unis, revenait porteur de projets intéressants ; mais faute de laboratoire d'accueil suffisamment équipé, et débordé par le travail clinique qu'il devait assurer, il devait abandonner ses recherches.

L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE – INH (1941-1964)

En 1941 fut créé le premier organisme français de santé publique destiné à la recherche médicale. À son origine, il faut rappeler le rôle de la philanthropie américaine, et notamment de la fondation Rockefeller, qui se substitua pratiquement à l'administration française pour le financement de la santé publique, notamment dans la lutte antituberculeuse au cours de l'entre-deux-guerres. L'INH avait reçu deux missions : mener des travaux de laboratoire en lien avec la santé publique et coordonner les recherches dans le domaine de la santé. Ce nouvel institut, dirigé jusqu'en 1946 par André Chevallier, de la faculté de Marseille, était divisé en quatre sections : Nutrition, affectée à l'alimentation

infantile ; Maladies sociales : la tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis et, avec Pierre Denoix, les cancers ; Hygiène, surtout consacrée à la salubrité de l'eau et à la médecine du travail ; Épidémiologie, où l'on étudiait en particulier les statistiques de mortalité. Il s'agissait de travailler sur des problèmes de santé publique créés ou aggravés par la guerre, par exemple les conditions de nutrition des nourrissons et des enfants en âge scolaire, mais aussi d'initier une recherche médicale en relation avec certains hôpitaux. Malgré les réticences du milieu médical et les circonstances défavorables de l'Occupation, l'INH réussit à mettre en place un dispositif d'enquêtes épidémiologiques demandé par le secrétariat d'État à la Santé afin de surveiller l'évolution des grandes maladies sociales. En 1946, André Chevallier fut remplacé par Louis Bugnard, qui allait constituer un corps de médecins chercheurs dont le statut serait aligné sur celui de leurs homologues du CNRS, organisme créé en 1939 et placé sous la direction de Gaston Dupouy, professeur à Toulouse.

LE MINISTRE A DIT : « FAITES DE L'IRRÉVERSIBLE » PAR LE PR JEAN DAUSSET

À la Libération, il existait un abîme entre la médecine américaine et les hôpitaux de charité français. J'ai pu personnellement le constater à l'époque, à l'occasion d'un voyage aux États-Unis avec une dizaine de cliniciens et biologistes français. La France était alors composée d'hôpitaux que seuls les plus pauvres utilisaient pour leurs soins et leurs derniers jours. Manifestement, un changement s'imposait. J'ai réuni autour de moi un petit groupe de

spécialistes. Ce fut l'aventure des « Jeunes-Turcs », guidée par la sagesse et l'autorité du Pr Robert Debré qui parvint à transformer ces hôpitaux de charité en centres hospitaliers et universitaires de qualité.

À cette époque, Pierre Mendès France était au sommet de sa réputation. La France était alors mendésiste. Mon petit groupe, sous la signature de Daniel Bouttier, proposa une réforme de la médecine dans le journal du Parti radical en février 1955, comprenant essentiellement le plein-temps dans les hôpitaux. Pierre Mendès France fit alors entrer certains d'entre nous dans les cabinets ministériels. Comme chercheur, je fus admis au cabinet de René Billères à l'Éducation nationale. Le ministre nous dit alors : « Faites de l'irréversible. » Ce que nous fîmes, avec l'aide du Pr Robert Debré. Celui-ci nous accueillit à bras ouverts en nous appelant ses « cadets ». Dès lors fut créée une commission de réforme, intitulée « Comité interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire et sociale ». Sa mission : étudier les mesures pour adapter aux progrès de la médecine les structures de l'enseignement médical, de la recherche médicale et de la médecine de soins.

Des réunions nocturnes au domicile du Pr Debré permirent de rédiger les premiers textes, mis ensuite en forme par Raymond Poignant, alors chef de cabinet de René Billères. La réforme fut proposée avec avis favorable de l'Éducation nationale en suivant les obligations légales sous la IVe République. Le texte fondateur fut signé par Charles de Gaulle le dernier jour de ses pleins pouvoirs. La création des CHU fut un événement qui permit à la médecine française de reprendre sa place dans le concert international.