

CHAPITRE 2

1958-1968. LA CRÉATION DES CENTRES HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES

Le 31 mai 1958, Pierre Pflimlin, président du Conseil, démissionne. Le 1er juin, l'Assemblée nationale investit le gouvernement du général de Gaulle, qui est nommé président du Conseil, doté de pouvoirs spéciaux. La Constitution de la Ve République est approuvée par référendum le 28 septembre, et de Gaulle est élu président de la République le 21 décembre. Il reste chef du gouvernement et ne prend ses fonctions présidentielles que le 8 janvier 1959. Ce même jour, Michel Debré est nommé Premier ministre ; Georges Pompidou lui succédera, du 14 avril 1962 au 21 février 1968.

Les trois ordonnances de décembre 1958 : une nouvelle politique hospitalière

La création du CHU est précédée, sinon préparée, par trois ordonnances importantes. Celle du 11 décembre 1958, accompagnée du décret n° 58-1202, portant réforme hospi-



talière, fonde trois instances nationales ayant pour missions la conception de la nouvelle politique hospitalière et le contrôle de sa mise en œuvre : la Commission nationale de l'équipement hospitalier, le Conseil supérieur des hôpitaux et le Conseil supérieur de la fonction hospitalière. Les commissions administratives des hôpitaux voient leurs membres passer de sept à neuf, dont trois représentant le conseil municipal. Dans les établissements de plus de 200 lits, les pouvoirs du directeur sont élargis à l'ordonnement des dépenses et à la perception des recettes, pouvoirs jusque-là détenus par le président de la commission administrative.

L'ordonnance du 13 décembre institue les coordinations des établissements de soins comportant une hospitalisation avec obligation de déclaration préfectorale pour la création de tout établissement de santé privé.

L'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre fonde l'hôpital universitaire. Les dispositions concernant la création des CHU et la réforme des études médicales sont réparties entre le Code de l'éducation et le Code de la santé publique. L'idée directrice du Pr Robert Debré est d'unir par convention les grands hôpitaux publics et les facultés de médecine, tout en garantissant leur personnalité morale et leur autonomie financière. L'ordonnance est votée au cours du dernier Conseil des ministres de l'année 1958. La période est historique, puisqu'elle se situe entre la IV^e République finissante et la V^e, dont la Constitution a été promulguée mais qui n'a pas encore de président officiel. La quasi-totalité des textes sont élaborés par le Comité interministériel présidé par Robert Debré.

ORDONNANCE N° 58-1373 DU 30 DÉCEMBRE 1958

Art. 1er - Dans les villes sièges de facultés de médecine, de facultés mixtes de médecine et de pharmacie, ou d'écoles nationales de médecine et de pharmacie, les facultés ou écoles et les centres hospitaliers organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche, conformément aux dispositions de la présente ordonnance. Ces centres prennent le nom de « centres hospitaliers et universitaires ». Les facultés ou écoles et les établissements hospitaliers conservent leur personnalité juridique et leurs organes d'administration respectifs ; ils sont tenus de conclure des conventions pour préciser les modalités de fonctionnement des centres hospitaliers et universitaires. Les législations et réglementations universitaires et hospitalières restent respectivement applicables à ces centres, chacune dans son domaine propre, sous réserve des dérogations prévues par la présente ordonnance et ses textes d'application.

Art. 2 - Les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et les enseignements paramédicaux. Ils sont aménagés conformément à la mission ainsi définie.

Art. 3 - Les études médicales théoriques et pratiques sont organisées par les facultés et écoles nationales. Elles doivent permettre aux étudiants de participer effectivement à l'activité hospitalière. Le régime des études médicales et post-universitaires ainsi que l'organisation de la recherche sont fixés par décrets, pris sur le rapport du ministre de l'Éducation nationale. En ce qui

concerne la recherche, ces décrets sont contresignés par les ministres intéressés. [...]

Art. 5 - Les membres du personnel médical et scientifique des centres créés à l'article 1er exercent conjointement les fonctions universitaires et hospitalières. L'accès à leur double fonction est assuré par un recrutement commun. Ils sont nommés par les ministres chargés de l'Éducation nationale et de la Santé publique ou sur le rapport de ces ministres. Ils consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui pourront être prévues par leur statut.

Ils sont soumis, pour leur activité hospitalière comme pour leur activité universitaire, à une juridiction disciplinaire unique instituée sur le plan national. Cette juridiction est présidée soit par un conseiller d'État, soit par un professeur d'enseignement supérieur, désigné conjointement par les ministres chargés de l'Éducation nationale et de la Santé publique ; elle est composée de membres pour moitié élus par les personnels intéressés et pour moitié nommés à parts égales par les mêmes ministres. Les effectifs du personnel faisant l'objet du présent article sont fixés, pour chaque centre et pour chaque catégorie, par décision commune des ministres chargés de l'Éducation nationale et de la Santé publique.

Art. 6 - Des conventions peuvent être conclues par les facultés ou écoles et par les établissements hospitaliers visés à l'article 1er ci-dessus, agissant conjointement, avec d'autres hôpitaux ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article 2 ci-dessus.

Art. 7 - Les charges financières résultant de l'application de la présente ordonnance sont supportées en totalité, en ce qui

concerne l'enseignement public médical et post-universitaire, par le budget du ministère de l'Éducation nationale. En ce qui concerne la recherche médicale, les charges incombant à l'État sont réparties entre ce budget et celui du ministère de la Santé publique et de la Population (Institut national d'hygiène).

L'ordonnance est signée par Charles de Gaulle, président du Conseil des ministres, par le ministre d'État Guy Mollet, le ministre de l'Intérieur Émile Pelletier, le ministre des Finances et des Affaires économiques Antoine Pinay, le ministre de l'Éducation nationale Jean Berthoin, le ministre du Travail et de la Sécurité sociale Paul Bacon, et le ministre de la Santé publique et de la Population Bernard Chenot.

Contre vents et marées !

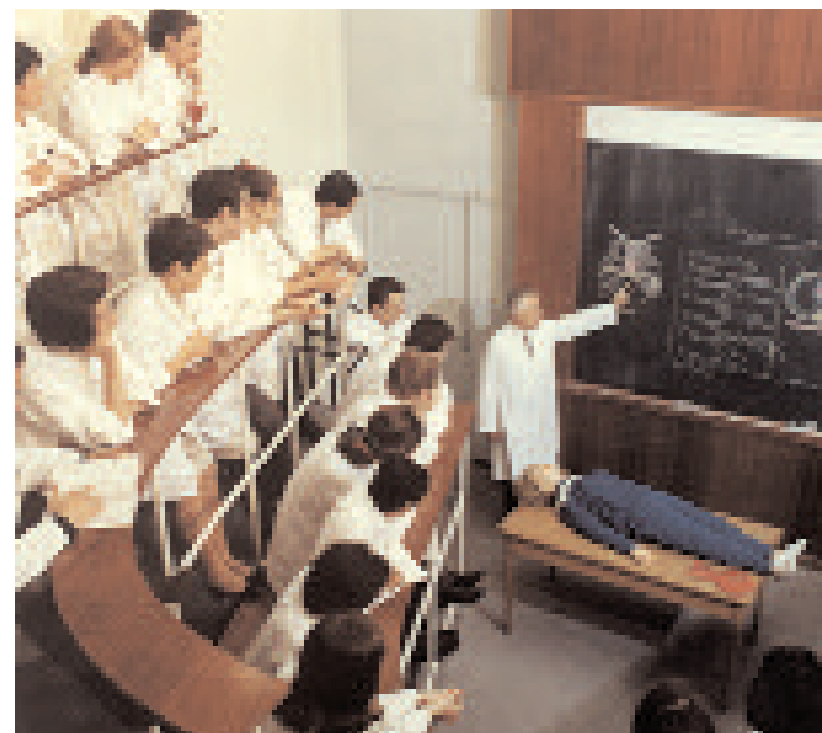
Avant ce principe de convention hospitalo-universitaire, deux hiérarchies coexistaient en 1958 : une hiérarchie universitaire avec des assistants, chefs de clinique, agrégés et professeurs ; une hiérarchie hospitalière basée sur le principe de l'enseignement de la médecine au lit du malade et issue de concours hospitaliers pour des postes faisant l'objet d'une nomination préfectorale : externes, internes, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, chefs de service et adjoints. La fusion de ces deux hiérarchies allait permettre la mise en commun des moyens : locaux, matériel et surtout personnel médical. Cette idée était très ancienne, puisqu'elle figurait déjà dans le projet que Robert Debré avait présenté au Comité français de libération nationale à

Alger en janvier 1944 (voir p. XX). Tout était déjà dit et pratiquement écrit !

De l'avis même de tous les « acteurs participants », ce fut une grande chance que le général de Gaulle fasse rapidement adopter le texte préparé par Robert Debré. La chance se mua en véritable miracle quand le Premier ministre de la Ve République, Michel Debré, apporta toute sa détermination pour faire appliquer la réforme proposée par son père. Tout fut mis en œuvre afin de concrétiser le plus rapidement possible cette « révolution » qui allait transformer l'avenir du système hospitalo-universitaire français.

La mise en application de ces textes s'effectue à partir du mois de janvier 1959, sous la Ve République ; elle est confiée au Comité interministériel et à diverses commissions spécialisées. Le président de l'une d'elles propose dans un rapport des idées pratiques, et cet exposé montre bien que rien n'est encore totalement acquis. Les réticences se manifestent assez vite.

– Réticences syndicales et catégorielles, et en premier lieu celles de l'Intersyndicale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris : celle-ci souhaite sauvegarder les particularismes locaux et propose, à l'opposé de l'idée de globalité présentée par Robert Debré, des réformes partielles. La résistance des seniors trouve également un appui du côté des jeunes médecins, chefs de clinique à la faculté, qui, désirant faire une carrière hospitalière dans un CHU, sont très réticents à l'idée de s'établir dans des hôpitaux non universitaires. Cette éventualité est cependant nécessaire car, même si la création de nouveaux postes d'agrégés est certaine, il n'y



aura manifestement pas de place pour tout le monde. La Confédération des syndicats médicaux est également hostile à la réforme : elle craint une mainmise de l'État sur la profession médicale et dénonce en outre un privilège accordé aux CHU.

– Réticences des facultés de médecine, qui expriment leurs craintes par la voix de leurs doyens et présentent des contre-propositions : réévaluation des programmes d'enseignement, modification de l'internat, suppression de l'externat, indépendance de la profession médicale, etc. L'intégration des professeurs de sciences fondamentales dans le plein-temps pose en outre un gros problème, car cela pourrait réduire leur disponibilité pour les travaux de recher-

che en laboratoire.

– Réticences de l'Académie de médecine, dont le secrétaire perpétuel, le Dr Duhamel, donne le 14 avril 1959 une opinion radicalement négative.

Cette remarque cinglante entraîne une longue réplique du Pr Debré, qui dément à juste titre de nombreuses assertions. Il est soutenu le 24 avril par le Dr Leclainche, directeur général de l'AP-HP. Loin de s'apaiser, le conflit se poursuit. Le 2 juin 1959, un nouveau rapport de la commission de l'Académie de médecine, présidée par Louis-Pasteur Valléry-Radot, reprend une grande partie des critiques ultérieurement formulées et ajoute :

« Deux grandes conclusions se dégagent de notre étude : toutes les mesures de réforme envisagées nécessitent l'aménagement préalable des locaux universitaires et hospitaliers existants, et appellent la construction rapide des CHU. Alors seulement les nominations, fondées sur l'unification des carrières hospitalières et universitaires, pourront être appliquées sans risque de faire crouler l'œuvre réformatrice. »

Cette exigence d'une matérialisation des structures, effectivement logique, permet aux « opposants » de justifier un autre message : attendons le plus longtemps possible !

– Enfin, dernier point mais non des moindres, la surveillance rigoureuse du ministère des Finances. Toutes ces réformes étaient évaluées budgétairement. Sans vouloir faire une liste exhaustive, les dépenses les plus importantes portaient sur l'amélioration des locaux hospitaliers et universitaires, l'augmentation du nombre des postes d'enseignants et le prix du plein-temps. Ces nouvelles dépenses qui prenaient des pro-

portions inquiétantes n'étaient pas pour enthousiasmer le ministère des Finances ! Des négociations furent nécessaires et s'avèrent parfois très délicates, donnant lieu à l'arbitrage du Premier ministre, Michel Debré, dont le rôle fut manifestement non négligeable.

Toutes ces difficultés administratives, ces réticences catégorielles, voire ces oppositions formelles, traduisent bien l'atmosphère de l'époque et la véritable révolution que représentait en 1959 cette réforme essentielle qui devait faire entrer le système hospitalier et les facultés de médecine dans l'ère moderne. Si les grandes lignes étaient tracées, il était évident que de nombreux « détails » restaient à régler, et parmi ceux-ci de « gros problèmes » concernant, d'une part le statut du personnel enseignant et hospitalier des CHU, d'autre part la réforme de la recherche. Le rapport du Pr Jean Bernard donne une idée de la situation et des enjeux.

9 MARS 1959. SOUS-COMMISSION DE RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES (RAPPORT DU PR JEAN BERNARD)

« Il n'est pas nécessaire de souligner l'urgence d'une réforme. Il existe un consensus sur l'amélioration du PCB, le recul de la date d'arrivée de l'étudiant à l'hôpital, la modification de l'externat, le maintien de l'internat avec obligation beaucoup plus stricte du plein-temps à l'hôpital, le développement de l'enseignement par petits groupes. Le système de nos conférences d'internat-externat représente de beaucoup ce qu'il y a de meilleur dans l'ensei-

gnement actuel, c'est lui qui a permis à la médecine française de garder un certain niveau... Le plein-temps, en dépit de certaines oppositions pas toujours désintéressées, est indispensable à l'exercice d'une médecine hospitalière de valeur. C'est faute d'avoir pris au moment voulu les mesures nécessaires que la médecine française est actuellement moins brillante que par le passé. Cela est si vrai que, dès maintenant, certains services parisiens, bien que non inscrits sur la liste des pleins-temps, fonctionnent sous ce régime. Cette situation de fait non officielle existe par exemple à Paris dans les services de J. Hamburger, J. Mathé, R. Fauvert. Le seul problème, mais difficile, est celui du mode d'introduction de l'application de ce régime plein-temps compte tenu des insuffisances architecturales et autres de nos hôpitaux. Les chefs de service devraient obligatoirement devenir plein-temps. Diverses modalités, dont on trouvera aisément des exemples à l'étranger (Canada, États-Unis) ou même en France (Strasbourg), devraient permettre l'exercice de la clientèle privée pendant une partie du temps hospitalier. En aucun cas le chirurgien ne doit être autorisé à opérer ailleurs qu'à l'hôpital. Ce qui compte avant tout, c'est l'unité du lieu de travail. »

Les nouvelles carrières hospitalo-universitaires et la mise en œuvre du plein-temps

Une intégration souvent difficile

Les carrières hospitalières et universitaires sont donc fusionnées. Les professeurs agrégés (c'est-à-dire rattachés à une des chaires des facultés) deviennent automatiquement médecins,

chirurgiens ou biologistes des hôpitaux, alors que précédemment ils devaient passer des concours hospitaliers. Les chefs de travaux à la faculté, les assistants et les chefs de clinique, fonctions antérieurement universitaires, sont automatiquement assistants des hôpitaux, d'où leur nouvelle appellation : chef de clinique [de la faculté] -assistant [des hôpitaux] ; chef de travaux [de la faculté] -assistant [des hôpitaux] ; assistant [de la faculté] -assistant [des hôpitaux]. En pratique, leur désignation se limitera au premier titre. Si la sémantique se complique, le nombre des étapes qu'il faut franchir pour exercer à la fois à la faculté et dans les hôpitaux se simplifie et est divisé par deux. Toutefois, cette fusion des carrières ne peut s'appliquer facilement dans tous les cas en raison de certaines inadéquations entre les besoins en personnel universitaire et les besoins hospitaliers. Des spécialités, telle l'anesthésie, réclament beaucoup plus de médecins hospitaliers que d'enseignants. Aussi certaines dérogations à la règle fondamentale de la biappartenance s'avèrent-elles assez rapidement nécessaires. Cette monoappartenance sera d'abord appliquée à l'anesthésie, à l'hémobiologie et à la radiologie, puis étendue en 1984 à toutes les disciplines avec l'introduction d'un nouveau corps de médecins monoappartenants, relevant exclusivement du ministère de la Santé, les praticiens hospitaliers (PH).

Un nouveau statut à définir

En tant que fonctionnaires, les médecins, d'après le statut de la fonction publique, ne pouvaient revendiquer l'appartenance simultanée à deux ministères. Par préférence naturelle, ils souhaitaient relever du ministère de la Santé, mais

le meilleur statut, sur le conseil des directeurs de cabinet, était celui d'universitaire. C'est donc sur cette base qu'ils seraient recrutés et que serait ensuite calculée leur pension de retraite. En complément, leur activité clinique, pourtant plus importante pour la majorité d'entre eux que leur activité universitaire, allait justifier le versement d'une indemnité hospitalière, sous la forme d'émoluments, ne donnant aucun droit à pension. Cela leur permettait néanmoins de doubler leurs revenus, qui restaient toutefois inférieurs à ceux qu'ils percevaient antérieurement avec leur clientèle de ville ! Il fallait donc apporter une attraction supplémentaire, en leur donnant la possibilité de poursuivre une « consultation privée » ; ce qui avait en outre l'avantage d'attirer une nouvelle clientèle dans le système hospitalier et de faire réellement passer l'hôpital du système « paupériste » à une ouverture à toutes les catégories sociales.

*De nouveaux termes : le plein-temps
et les trois missions*

L'interprétation du mot « plein-temps », dérivé de l'expression anglaise « full time », donna lieu à de nombreuses discussions. Aux termes de l'article 5, les membres du personnel médical et scientifique des centres hospitaliers et universitaires devaient se consacrer à leurs fonctions hospitalières, c'est-à-dire les soins, mais aussi à l'enseignement et à la recherche. Ces trois missions représentaient la totalité de leur activité professionnelle ; c'est ce que l'on appela « plein-temps ». Rapidement, la discussion à ce sujet prit de l'ampleur. Dans l'esprit du législateur, ce n'étaient pas seu-

lement les hommes, mais « les services du CH&U, qui fonctionnent à plein temps pour les soins, l'enseignement et la recherche ». Cela n'impliquait pas que chaque hospitalo-universitaire partage son temps à égalité entre ces trois formes d'activité : selon les compétences, les circonstances et le déroulement de la carrière, la part respective de chaque mission pourrait varier. Malheureusement, cet éclaircissement resta souvent dans l'ombre...

La majorité des chefs de service hospitaliers n'étaient pas favorables à ce projet, craignant de devenir des « fonctionnaires » (avec la connotation assez négative que certains veulent prêter à ce terme), mais aussi, faut-il ajouter, d'être privés d'une clientèle de ville très rémunératrice. L'accueil fut donc assez froid, pour ne pas dire glacial. Le général de Gaulle avait dit à Robert Debré : « Vous voulez forcer tous les médecins à rester toute la journée auprès de leur malade à l'hôpital, vous n'y parviendrez jamais. » Et, après un long silence : « Ils tiennent trop à leur clientèle privée. » Les résistances furent donc très vives ; certains se gaussaient, n'y croyant pas du tout, transformant « plein-temps » en « plein de temps », formule caricaturale renvoyant l'image d'un médecin hospitalier fonctionnaire qui travaillerait peu puisqu'il ne serait plus payé à l'acte ! Mais le scepticisme désabusé du général de Gaulle fut rapidement effacé par sa prise de décision énergique, et le gouvernement de Michel Debré confia au ministre Bernard Chenot l'application de cette réforme révolutionnaire.

À l'origine, aucune contrainte ne devait s'exercer sur les délais d'option des mesures d'intégration des praticiens. Mais par la suite, il apparut que s'il fallait attendre une nou-

velle génération (c'est-à-dire 20 à 30 ans) pour appliquer réellement le plein-temps, la réforme serait d'emblée anéantie. Des limites étaient nécessaires, et on fixa donc des délais d'intégration dans cette biappartenance si décriée au début.

Un décret capital

Le 24 septembre 1960 était publié le décret portant statut des professeurs hospitalo-universitaires plein-temps, qui venait compléter l'ordonnance du 30 décembre 1958. Il précisait que le personnel hospitalo-universitaire percevrait une double rémunération, hospitalière et universitaire. Ce décret serait complété en 1961 par le premier statut des médecins hospitaliers plein-temps non universitaires dans les hôpitaux généraux. Le 28 septembre 1960, une note de synthèse sur les centres hospitalo-universitaires, rédigée par les ministères de l'Éducation nationale et de la Santé, apportait les précisions suivantes (Picard, Réformes de l'enseignement) :

« La fonction "plein-temps" n'est pas comme on l'a parfois dit une fonctionnarisation de la médecine hospitalière. Les professeurs et maîtres de conférences peuvent être appelés en consultation en ville. Ils peuvent recevoir à l'hôpital des malades personnels en consultation, deux fois par semaine. Ils peuvent les faire hospitaliser dans des lits mis à leur disposition à cet effet. Les médecins adjoints et les assistants peuvent recevoir leurs clients privés en consultation. Les uns et les autres pourront réclamer à leurs malades privés des honoraires qui seront fixés par "entente directe".

Les professeurs et médecins des hôpitaux actuellement en fonction auront l'entière liberté de conserver leur statut actuel. Ils pourront également demander leur intégration dans le nouveau régime. Les délais et les conditions d'option seront prochainement fixés par un arrêté. Les intégrations seront prononcées par arrêté, soit directement, soit après avis d'une commission d'intégration composée de personnalités médicales éminentes. Les médecins exerçant actuellement la double fonction universitaire et hospitalière pourront être intégrés dans les nouveaux corps dès que leurs services auront reçu les aménagements nécessités par leur nouveau rôle, ou même immédiatement s'ils en font la demande expresse. Les médecins qui n'ont actuellement qu'une seule fonction, soit universitaire, soit hospitalière, pourront également être intégrés dans un second temps dans les catégories correspondantes des nouveaux corps. »

Un débat passionné

Un des débats les plus importants concerna la possibilité de maintenir une clientèle privée. Les arguments pour et contre étaient nombreux et parfaitement recevables. Fallait-il vraiment autoriser des médecins hospitaliers à conserver un secteur clientèle privée pouvant faire redouter une médecine à deux vitesses ? Cette question, que les Britanniques avaient résolue par la négative, amena des digressions mêlant des aspects plus ou moins philosophiques et humanistes (la nécessité du rapport direct entre le malade et « son » médecin, l'instauration d'une relation



confiance-responsabilité, etc.). Les conséquences financières, même citées au second plan, étaient loin d'être minimales. « Les intérêts étaient en jeu, et l'on sait qu'ils savent les défendre », raconte Robert Debré dans *L'Honneur de vivre*. La suppression de la clientèle privée allait en effet

provoquer une chute des revenus dans des proportions considérables, car le « double salaire » était lui-même très loin d'égaliser le revenu de la pratique privée, surtout dans certaines spécialités telle la chirurgie. À l'époque, le statut social du médecin s'accompagnait de revenus certainement plus importants, et le « trou » de la Sécurité sociale n'existait pas, même dans l'imagination des gestionnaires les plus pessimistes ! Aussi, afin d'encourager l'intégration de nombreux médecins ou chirurgiens, la possibilité d'une clientèle privée fut admise. Au cours d'une réunion préparatoire à la conférence de presse du 28 septembre 1960, du ministre de l'Éducation nationale, Louis Joxe, les précisions suivantes furent apportées aux doyens :

« La médecine à plein temps n'exclut pas une part de médecine privée, et cela est tout à fait essentiel si l'on veut éviter une fonctionnarisation des médecins, si l'on veut que l'hôpital soit largement ouvert sur le dehors et que le médecin reste en contact avec une clientèle différente de la clientèle hospitalière traditionnelle. À l'hôpital, les médecins chirurgiens et spécialistes des hôpitaux sont autorisés à recevoir

en consultation deux fois par semaine leurs malades personnels (qu'ils sont également autorisés à faire admettre à l'hôpital). Un certain nombre de lits leur est réservé à cet effet, 8 % par service, dont 5 % pour le chef de service. Dans ce cas, les honoraires sont perçus par entente directe entre le médecin et son malade. »

Mais pour recevoir cette clientèle privée dans des conditions « acceptables », il fallait aménager, sinon construire, des locaux adaptés et des chambres particulières. Cela fut rarement possible, d'où l'autorisation de poursuivre partiellement cette activité en clinique en attendant l'achèvement des travaux, qui attendirent souvent plusieurs mois, voire quelques années, avant d'être engagés. Ce dernier point explique pourquoi plusieurs médecins plein-temps regagnaient dans l'après-midi leur clinique, où ils continuaient d'exercer comme avant, certains d'entre eux ne respectant pas le quota de deux après-midi par semaine et débordant largement au-delà.

L'enseignement médical et la réforme des études

Pour intégrer les étudiants des facultés de médecine dans la réforme et leur procurer des conditions de travail satisfaisantes, il était nécessaire d'en connaître la démographie. En 1958, il existait 12 facultés de médecine (Paris, Lyon, Marseille, Toulouse, Lille, Strasbourg, Bordeaux, Rennes, Montpellier, Nantes, Nancy, Alger) et 10 écoles de médecine rattachées chacune à l'une des facultés (Amiens, Angers, Caen, Clermont-Ferrand, Nice, Poitiers, Rouen,

Reims, Saint-Étienne, Tours). Le nombre des étudiants en médecine était pratiquement resté stationnaire de 1950 à 1960 : 23 à 24 000, avec une légère augmentation de la population féminine (de 18 à 24 %) et des étudiants étrangers ou de la communauté française (de 6 à 10 % de l'ensemble).

Les premiers textes publiés au sujet d'une réforme des études – qui devait entrer en application le 1er octobre 1961 – furent le décret du 28 juillet et l'arrêté du 2 août 1960. La durée totale des études conduisant au doctorat en médecine devait être ramenée de sept à six ans. Le PCB serait donc supprimé. Cela était apparemment rendu possible par l'allongement de l'année universitaire, portée à 40 semaines, les quatre mois de vacances étant réduits à trois. Toutefois, les doyens des facultés de Paris, Lyon, Marseille et Toulouse déclarèrent ne pas pouvoir appliquer immédiatement cette réforme et demandèrent une dérogation, au moins pendant un an. Il y eut donc en France deux régimes différents selon les facultés. Ce que le doyen de Toulouse, Guy Lazorthes, justifia par plusieurs arguments de poids :

« En toute conscience, on ne peut prétendre faire face dans de bonnes conditions à un effectif étudiant deux fois et demie supérieur, et en même temps s'adapter à un nouveau mode d'enseignement... En 1961-1962 les professeurs de la première étape auront encore à assurer, pendant toute l'année, l'enseignement des étudiants de deuxième année ancien régime... On court le risque d'être amenés à multiplier les heures de cours et à diminuer les séances de travaux pratiques. »

Rapidement, les faits lui donnèrent raison. En février 1962, le directeur général de l'Enseignement supérieur, réunissant les doyens des facultés de médecine, s'aperçut que celles qui

avaient gardé le régime des sept ans n'avaient pas eu de problème ; par contre, celles qui avaient opté pour l'application immédiate du régime des six ans se déclaraient dépassées par la multiplication des heures de cours, l'insuffisance des locaux, la surcharge de travail des professeurs. Dans ces facultés, les résultats des examens de première année étaient catastrophiques ; la situation devint rapidement intenable, débouchant sur des manifestations des étudiants et professeurs. La polémique remonta jusqu'au Conseil des ministres et au Conseil d'État, et un retour au régime des sept années fut décidé dès le mois de mars 1963.

Le programme de cette réforme reposait sur des bases théoriques élaborées par le Conseil interministériel : un enseignement complet (avec, très rapidement, une approche du malade), dirigé (par petits groupes, sous l'autorité d'un assistant), sur mesure (possibilité de certificats optionnels) et continu (un enseignement post-universitaire était aussi prévu après l'installation). Afin de replacer cette formation dans le cadre concret et humain de la maladie et du malade, diverses mesures furent proposées, parmi lesquelles une augmentation sensible du nombre des moniteurs et des assistants permettant l'organisation de petits groupes de travail, nettement plus profitables pour les étudiants.

La réforme de la recherche : de l'INH à l'INSERM, et son intégration dans les CHU

Le premier septennat du général de Gaulle a pu être qualifié d'« âge d'or de la recherche française » en raison de

cette nouvelle dynamique institutionnelle mais aussi de l'immense effort financier consenti.

Pour remonter la pente, il fallait instituer un pilotage national et une coordination de la recherche. Le 28 novembre 1958, moins de six mois après l'arrivée au pouvoir du général de Gaulle, un Comité interministériel de la recherche scientifique et technique (CIRST) fut créé, présidé par le Premier ministre en personne. Il comportait plusieurs membres du gouvernement ainsi que « douze sages », qui formaient le Comité consultatif de la recherche scientifique et technique (CCRST). Jean Bernard en faisait partie. Leur activité était coordonnée par un délégué général, autour duquel se constitua une administration de mission, la Délégation générale de la recherche scientifique et technique (DGRST).

1961. DÉLÉGATION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE (DGRST)

Cette nouvelle délégation, créée par décret le 8 avril 1961, avait pour objectif de favoriser des actions concertées entre les diverses structures de recherche, et d'assurer les arbitrages. Le mathématicien André Lichnerowicz eut une part importante dans cette création : il avait, dans un rapport rédigé en 1954, imaginé un conseil scientifique chargé de rendre compte de l'ensemble de la recherche scientifique et technique auprès du Premier ministre, à la place des 17 organismes qui dépendaient de 13 ministères différents ! De retour au pouvoir, le président de Gaulle reprit le rapport Lichnerowicz et officialisa la DGRST, qui fonctionnait depuis

1958 en connexion avec le Comité interministériel, tous deux bénéficiant des travaux du Comité consultatif des « douze sages ».

Pour la recherche médicale, un autre décret, en date du 6 août 1960, institua un cycle d'enseignement préparatoire à la recherche en biologie humaine, ouvert à la fois aux étudiants en médecine, aux licenciés ès sciences, aux pharmaciens et aux docteurs-vétérinaires. Ce cycle d'initiation devait permettre de former un plus grand nombre de chercheurs en médecine et de faciliter le recrutement du personnel nécessaire à l'enseignement des sciences fondamentales. Des disciplines nouvelles, surtout en biologie, allaient bousculer la très traditionnelle primauté de la clinique. Cette réforme imposée se heurta, comme tant d'autres, à de multiples réticences. Jean Dausset a souligné le caractère parfois violent de cette opposition : au-delà des vociférations habituelles au cours de réunions houleuses, il dut faire face à des menaces de mort par téléphone à son domicile !

L'INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale, fut créé par décret le 18 juillet 1964 à partir de la refonte de l'Institut national d'hygiène. Cela s'expliquerait par le besoin politique d'une structure neuve aux attributions élargies, par la nécessité de proposer une interférence avec la réforme hospitalo-universitaire, par la volonté d'autonomie des cliniciens et du ministère de la Santé vis-à-vis du CNRS, et par l'intérêt pratique d'héberger les actions concertées de la DGRST. Les missions de l'INSERM étaient multiples : tenir le gouvernement informé de l'état sanitaire du pays, entreprendre toutes études sur la santé humaine,

effectuer et encourager les travaux de recherche médicale, apporter son concours aux enseignements préparatoires à cette recherche, assurer la publication de tous travaux et études se rapportant à ces activités. L'objectif était donc de faire évoluer la recherche médicale pour qu'elle devienne de plus en plus biologique, en recrutant des chercheurs plein-temps et des spécialistes des disciplines fondamentales, sans perdre de vue les applications thérapeutiques intéressant le milieu hospitalo-universitaire. D'où cette implantation dans les CHU, où les premiers directeurs d'unité furent des médecins universitaires. En 1965, l'INSERM comptait 520 chercheurs, 695 techniciens et personnels administratifs, qui travaillaient dans 56 unités et groupes de recherche. En 1972, l'effectif avait quasiment doublé, avec 935 chercheurs et 1 641 techniciens, sans compter le personnel dépendant du CNRS et d'autres institutions.

Le Pr Eugène Aujaleu, directeur général de la Santé quasiment depuis la guerre et le gouvernement d'Alger, fut le premier patron de l'INSERM. Au cours des 25 années suivantes, sous la direction de Constant Burg (1969-1979), Philippe Laudat (1979-1982) et Philippe Lazar (1982-1996), l'Institut s'orienta progressivement et inexorablement vers la recherche fondamentale. Les réformes statutaires de 1983, faisant de l'INSERM un « établissement public scientifique et technique » placé non plus sous la seule tutelle du ministre de la Santé mais sous celle, « conjointe, des ministres de la Recherche et de la Santé », donnèrent aux chercheurs un statut de fonctionnaires, renforçant aussi leur liberté de recherche. Cette évolution de l'Institut s'est accompagnée d'autres modifications importantes, en parti-

culier dans la direction des unités. En 1964, elles avaient à leur tête des médecins cliniciens, trente ans après, une grosse majorité des directeurs de laboratoires venaient de la recherche fondamentale. Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons. La première est la nécessité, tout à fait justifiée, d'avoir publié des articles de haut niveau dans des revues scientifiques internationales donc anglo-saxonnes. Cette condition est beaucoup plus aisée à réaliser dans le domaine de la recherche fondamentale que dans le domaine clinique, d'où le faible nombre de médecins parmi les chercheurs INSERM. Par ailleurs, l'implantation des syndicats s'est développée davantage chez les chercheurs que chez les cliniciens. Ainsi, de 1970 à 1990, l'image de l'Institut s'est-elle de plus en plus rapprochée de celle du CNRS. Cette transformation s'est aussi exprimée dans la terminologie. En 1974, pour la première fois, le terme de recherche « biomédicale » a été utilisé dans le cadre d'un changement des statuts. Jean Bernard s'élevait alors contre cette expression, n'y voyant qu'un « barbarisme étymologique avec sa tête grecque et sa queue latine, et qui n'a aucun avantage, car on ne peut concevoir une recherche médicale indépendante de la vie »... Le temps passe. Les années 1990 verront un retour vers la clinique et la santé publique avec le « Programme hospitalier de recherche clinique » (PHRC), lancé en 1992. Aujourd'hui, pour remplir sa mission, l'INSERM (dont le directeur général est le Pr Christian Bréchet) reste en partenariat étroit avec les autres établissements de recherche, publics ou privés, et les lieux de soins que sont les hôpitaux. La majorité (85 %) de ses 339 unités de recherche, où travaillent 13 000 personnes (dont 6 000 chercheurs), sont

implantées au sein des CHU souvent participant aux centres d'investigation clinique, ou des centres de lutte contre le cancer, les autres étant situées sur les campus de recherche du CNRS, ou encore des instituts Pasteur ou Curie.

La création des 24 premiers CHU : de la loi à l'application

À partir de 1960, l'aménagement et l'équipement des 24 centres hospitaliers régionaux qui deviendront des CHU font l'objet d'études approfondies de la part du groupe de travail dirigé par Victor Le Gorgeu. Il faut établir le programme type et le schéma fonctionnel d'un CHU modèle ainsi que les normes des personnels (personnels médical et scientifique, auxiliaires médicaux, etc.) ; il faut également faire le point sur la situation présente et évaluer les besoins à venir compte tenu de la triple mission du CHU et de la réorganisation qui s'impose.

CHU ou CH&U : définition et appellation

En 1958, les CHU n'avaient de réalité que par l'instauration d'une convention constitutive entre un établissement de santé et une université. Ils n'avaient aucune personnalité juridique propre. Il en est toujours ainsi aujourd'hui car, depuis l'ordonnance de 1958, aucun texte n'est venu décrire plus spécifiquement les missions du CHU et n'a distingué ces derniers des autres établissements de santé !

Dans le cadre d'une convention constitutive du CHU, l'établissement hospitalier et l'université doivent s'entendre sur les moyens que chaque structure peut apporter. Un texte visant à permettre l'actualisation de ces conventions est en cours de révision dans le rapport Giraud (2006), qui propose également pour le CHU une définition s'inspirant de celle de l'OMS :

« Un hôpital universitaire est un centre de soins complexes caractérisé par :

- le rôle important qu'il joue dans l'offre de soins tertiaires ;
- son implication dans l'enseignement et la recherche, liée aux soins qu'il prodigue ;
- la grande concentration de soins qu'il draine. »

L'appellation pose également problème. Dans cette affaire de sémantique, quelle formule doit-on employer ? Le terme habituel de « CHU » résulte de l'association d'un centre hospitalier régional (CHR) pour la partie hospitalière et d'une faculté de médecine pour la partie universitaire (U). Il serait donc logique de dire « CHR et U » ou « CH&U ». La facilité des raccourcis et la force de l'habitude ont établi l'usage du « CHU », mais dans le travail du sénateur Giraud au Premier ministre (2006), intitulé Les Centres hospitaliers et universitaires. Rapport sur leurs missions et leur évolution, il n'est question en permanence que de « CH&U ». Quant aux rapports et ordonnance de fondation, ils parlent de « centre hospitalier et universitaire ». On devrait donc employer la formule « CH&U », car l'appellation « CHU », introduite malencontreusement dans le texte de la loi hospitalière de 1991

pour remplacer officiellement « CHR et U », déforme le propos d'origine... Mais en pratique, le sigle « CHU » raccourci semble bien enraciné !

Comment construire un CHU idéal ?

En théorie, le CHU aurait dû regrouper en un même lieu et presque sous un même toit les structures hospitalières et universitaires. On pouvait imaginer la coexistence, d'un côté de tous les services d'hospitalisation et d'exploration, d'accueil et d'urgences, etc., de l'autre des amphithéâtres, laboratoires de recherche, salles de travail, bibliothèques et autres restaurants universitaires. Pour cela, il aurait fallu construire une « ville hôpital-faculté », véritable campus intégrant soins, enseignement et recherche, souvent en périphérie des grandes agglomérations. En supposant que les « crédits » aient été disponibles (hypothèse très hasardeuse...), le gigantisme même que suppose l'accueil de 1 000 à 2 000 étudiants aurait généralement rendu l'opération impossible : la trilogie espace-argent-temps était un obstacle insurmontable. Aussi, très raisonnablement, l'orientation se fit différemment. Dans certains hôpitaux, il y avait des locaux prévus pour l'enseignement, certes insuffisants pour accueillir tous les étudiants et les cours magistraux, mais tout à fait disponibles pour des enseignements dirigés. Cette situation fut donc souvent privilégiée, et chaque service hospitalier en construction devait normalement comporter une partie universitaire, représentant un certain pourcentage de la surface constructible, financée par le ministère de l'Éducation nationale.

Dans la majorité des cas, il fallut séparer les cours magistraux des activités hospitalières et accepter une dispersion géographique qui entraînait pour les étudiants et les enseignants des déplacements « chronophages » et fatigants entre le centre hospitalier et la « vieille » faculté de médecine, située habituellement en centre-ville. Sauf exception (cité hospitalière de Lille, par exemple), on opta pour des solutions pragmatiques permettant de regrouper sur le papier une ancienne faculté et un centre hospitalier régional, souvent distants de plusieurs kilomètres.

De fait, la construction des établissements hospitaliers devait aussi tenir compte de la circulaire du 10 octobre 1958 (Comet) consacrée au plan directeur de ces établissements. Déjà en 1965, l'architecture de l'hôpital « ville de malades » de 1000 à 2000 lits allait passer de mode de même que celle de l'hôpital pavillonnaire., Afin d'éviter les gros ensembles, transformés par des agrandissements successifs en une multitude de services mal desservis et au fonctionnement défectueux, l'instauration d'un plan directeur prévoyant plusieurs tranches d'exécution sur une longue période devait permettre de rationaliser les conceptions.