

La réforme hospitalière et universitaire

DÈS MA JEUNESSE, j'ai été choqué — je l'ai raconté déjà — non seulement par la tristesse des vieux hôpitaux dont les siècles de souffrance avaient comme imprégné les murs, mais encore par tout ce que j'entendais dire sur les grands concours, le favoritisme, le mandarinat. Plus tard, les réussites de ma carrière ne m'ont pas empêché de percevoir les appels d'une conscience inquiète. Je me rendais bien compte que, occupé une grande partie du jour par mon métier de consultant et plus tard par mon enseignement à la faculté, je n'arrivais point à accomplir, comme j'aurais voulu le faire, mon travail de médecin d'hôpital. N'aurait-il pas fallu être plus libre pour revenir en fin d'après-midi revoir les cas graves et aider l'interne à prendre des décisions, entrer en contact plus proche avec les parents des enfants qui m'étaient confiés, expliquer davantage aux infirmières les détails des prescriptions et d'autre part m'entretenir individuellement avec les étudiants ? Le temps dévolu à la poursuite des recherches personnelles était trop bref. L'horaire quotidien au programme le plus dense n'y suffisait pas. Je considérais comme sacrée ma présence à l'hôpital chaque matin et m'obligeais, quels que fussent les événements, et parfois même un accès de fièvre, d'aller ponctuellement à l'heure dans mon service. Je prolongeais la matinée, m'étant interdit pour toujours de regarder ma montre pendant mes visites hospitalières, et mes anciens internes ont gardé le souvenir pénible de la faim qui les tenaillait lorsqu'ils attendaient impatiemment que je me décide à partir. Ils essayaient de me faire descendre plus vite que je ne le voulais les marches du perron, m'affirmant qu'ils avaient tout bien compris. Ils masquaient leur hâte de regagner la salle de garde pour le déjeuner prêt depuis longtemps.

J'étais frappé de voir combien d'une façon générale la vie privilégiée que nous menions, mes collègues et moi-même, était considéré comme le mode idéal d'existence. Enfants gâtés de notre société, nous oubliions l'insuffisance des soins donnés aux malades de la classe ouvrière et le manque de ressources de la médecine rurale. Notre tâche de professeur nous semblait accomplie lorsque nous avions, devant les étudiants rassemblés, procédé à des examens cliniques

rigoureux et bien commentés, et, une fois par semaine, prononcé une leçon magistrale.

Cet enseignement valable et même souvent excellent n'était pas bien adapté à la formation des stagiaires qui devaient, praticiens de demain, devenir responsables de la santé de la population. Faut-il ajouter que dans plusieurs services ces tâches n'étaient pas accomplies d'une façon tout à fait régulière et que l'arrivée des stagiaires était considérée comme gênante et encombrante dans beaucoup de bons services, notamment de chirurgie ? Malgré tout, le contentement était assez général. Les étudiants d'alors, peu nombreux, arrivaient, grâce à l'agilité des Français, à s'instruire et finalement à connaître leur métier, peut-être il est vrai après un certain temps d'exercice, et les maîtres se trouvaient assez fiers d'eux-mêmes et satisfaits du système dont ils bénéficiaient. Dès cette époque, j'avais senti que le libre choix du médecin par le malade que l'on considérait à juste titre comme sacré, les bons soins à domicile, les facilités de toutes sortes pour prévenir et guérir les maladies, n'étaient pas accordés à toute la population française.

Ne faut-il pas dire aussi que les bénéfices financiers dus aux honoraires de la « clientèle » étaient souvent importants ? Personnellement, je rêvais d'un régime où je n'aurais pas à demander d'honoraires, à en fixer le montant, à me soucier des questions d'argent. Sans qu'ils aient à faire un effort particulier, le paiement des honoraires permettait aux médecins et chirurgiens très appréciés de mener une existence confortable et même large. Nous étions les heureux de la terre. Notre vie était remplie de jouissances professionnelles et intellectuelles : un travail qui nous plaisait, une continuelle stimulation de l'esprit, des témoignages flatteurs de reconnaissance, un accueil chaleureux dans les divers milieux de notre société, la rencontre de personnalités les plus intéressantes. La réussite permettait l'achat d'une propriété ou l'acquisition de beaux livres et d'objets d'art.

Pendant mes voyages à l'étranger, le caractère injustifié de notre quiétude m'était apparu sous un autre aspect. La médecine française qui, presque seule avec quelques Anglais de génie, puis ensuite avec la médecine allemande, avait dominé, perdait son prestige. Nos maîtres du XIX^e siècle, après leurs grands aînés, nous avaient légué un héritage dont nous n'étions plus tout à fait dignes. Malgré des discours trop éloquents qui affirmaient, non sans vanité, la satisfaction que nous éprouvions de nous-mêmes, notre réputation baissait. Faisait encore quelque illusion çà et là l'estime où nous étions tenus dans les pays où dominaient la pensée et la langue française, en Orient et en Amérique latine.

Enfin, je voyais s'accroître l'orientation indispensable et impérieuse des sciences médicales vers la physiologie, la biochimie et la biophysique dans les pays germaniques et anglo-saxons, et la marche fulgurante vers les sommets de la médecine américaine. Le triomphe éclatant des grandes universités et instituts des États-

Unis était dû non seulement à leurs ressources, mais à leur organisation et à l'application de principes dont la valeur était évidente.

Avant la Seconde Guerre mondiale, j'avais cherché à obtenir, pour mon propre service, l'aide de chimistes, d'embryologues, de généticiens — souvent venus de l'étranger —, mais cet effort modeste et limité n'était que rarement envisagé et ne se traduisait çà et là que par quelques velléités, des ébauches, des essais et non par un mouvement général ; bref, l'orientation scientifique des recherches cliniques et de biologie humaine n'était pas suffisamment favorisée en France, la plupart des grands travaux originaux étaient poursuivis ailleurs, la carrière des chercheurs n'était pas établie, l'Institut Pasteur ne recrutait plus assez de jeunes hommes de qualité ; où André Cournand aurait-il pu trouver une place en France ? Son installation et son succès aux Etats-Unis m'avaient frappé comme un avertissement grave.

Je sentais bien que tout se tenait : les nécessités de la recherche et de l'enseignement, l'aménagement des carrières hospitalières et universitaires, la modernisation des hôpitaux, le statut des facultés de médecine et le mode d'existence que nous menions tous. J'élaborais en quelque sorte pour moi-même les projets de mesures qui devaient modifier la vie des maîtres et des étudiants. Serait-il possible un jour de tout changer ?

Vint la guerre, puis l'occupation. Dans la clandestinité et la Résistance devaient se développer les idées d'une rénovation nationale. Comme je l'ai raconté, un groupe de médecins volontaires se réunit, non pas pour éviter l'obsession du malheur en se complaisant dans des rêveries consolantes, mais pour préparer l'action future, certains du relèvement de la France asservie par l'ennemi et abaissée par le gouvernement de Vichy que la « méditation morose » de notre défaite tournait vers le passé. Après de nombreuses rencontres, je pus rédiger une très longue note qui résumait notre pensée. Nous voulions proclamer et réaliser notre idéal : établir l'égalité entre tous les Français devant la maladie et la souffrance. Cette mystique généreuse planait en quelque sorte au-dessus de la mêlée où nous devions combattre. L'atmosphère de la Résistance était favorable à l'élan de nos enthousiasmes. Puis-je ajouter qu'en formulant ces idées devant nos amis il me semblait que je marchais dans la voie où m'avaient engagé jadis ceux dont j'ai parlé en racontant mes souvenirs de jeunesse. Beaucoup des idées contenues dans la brochure que nous avons alors rédigée reçurent leur application plus tard : la création du ministère de la Population, celle de l'Institut national d'études démographiques, de l'Institut national d'hygiène, la lutte contre les fléaux sociaux, dépopulation, alcoolisme, enfin, la réforme hospitalière et universitaire.

Après la Libération, sous l'autorité du gouvernement provisoire, parmi tant de réformes capitales, le suffrage des femmes par exemple, s'établit un régime de Sécurité sociale et d'allocation familiales qui contribua à rendre applicable la plupart de mes projets.

Après le départ du général de Gaulle, malgré les incertitudes de la politique, la faiblesse des gouvernements éphémères, la guerre d'Indochine, celle d'Algérie, voici que sont prises deux initiatives importantes. Le président Pierre Mendès-France crée le Haut Comité d'études et d'informations sur l'alcoolisme, qu'il me demande de présider — nous en parlerons plus loin —, mais, surtout, le ministre de l'Education nationale, M. Billières, prend une décision d'une portée capitale en créant le Comité interministériel pour la réforme des études médicales dont il me charge d'assurer la présidence. Avant d'accepter, je pose fermement mes conditions. Je tenais à éviter à tout prix de perdre notre temps comme il arrive au cours de délibérations de tant de commissions. Et j'obtiens la mise en place des dispositifs qui seuls permettent d'aboutir à un résultat efficace. Le Comité sera composé de personnalités choisies pour leur compétence et leur désir de réforme et non de représentants de corporations, syndicats, groupements ou administrations diverses. Il devra être doté d'un budget modeste, mais suffisant. Il sera pourvu d'un secrétariat permanent dont le chef sera une personnalité appartenant à l'un des grands corps de l'Etat. Il aura la jouissance d'un local particulier. Les hauts fonctionnaires représentant la Santé publique, l'Education nationale, le budget, l'Intérieur, la Sécurité sociale, l'Assistance publique de Paris seront invités à participer personnellement à toutes les séances du Comité. Celui-ci serait habilité à consulter les représentants de toutes les opinions et éventuellement des experts étrangers. Son travail serait entièrement libre et le gouvernement, sans prendre aucun engagement, indiquerait sa volonté d'appliquer les réformes proposées et acceptées par les représentants de ces différentes grandes administrations.

Ce dispositif évoquait les commissions royales anglaises dont on sait la qualité et l'influence. Celles-ci représentent dans un pays démocratique une institution utile pour la préparation des réformes sociales et administratives. La Grande-Bretagne a compris que cette manière était la meilleure pour associer directement à la gestion des affaires des hommes de valeur choisis dans différents milieux et auxquels on fournit les moyens d'appliquer leurs idées. Gouvernement et Parlement gardent tout leur pouvoir mais sont mieux éclairés sur les grands problèmes que par les campagnes de presse et les élaborations sommaires de groupes de travail éphémères et superficiels. L'autorité d'une commission royale n'offense point les ministres ni le Parlement, qui n'éprouvent pas certaines vanités jalouses que nous ne connaissons que trop.

Le ministre Billières me fit une totale confiance. Il m'affirma notamment que, restant continuellement attentif aux travaux de ce comité, il en soutiendrait les conclusions et ferait aboutir dans toute la mesure de ses moyens les réformes proposées, même si elles exigeaient des transformations importantes.

Les réunions du Comité se succédèrent pendant des années. Les séances plénières au siège du Comité, boulevard Saint-Germain, étaient complétées par des réunions de groupes de travail, de fréquentes « tables rondes » chaque semaine et

même plus souvent où les échanges de vues se poursuivaient tard dans la soirée.

Les discussions étaient vives, parfois violentes ; nous avions volontairement associé à nos réunions des adversaires de nos idées qui étaient en réalité des adversaires de toute réforme car leur doctrine était restée fidèle aux institutions et aux mœurs que nous voulions détruire. Mais un mouvement très fort poussait les membres les plus influents du Comité vers les idées nouvelles et la volonté d'un changement fondamental dominait. Mon arbitrage était accepté lorsque les opinions apparaissaient divergentes.

M. Gaston Berger, une des hautes personnalités de notre époque, alors directeur général de l'Enseignement supérieur, ne manquait jamais d'être présent à nos séances, et je le voyais souvent en dehors de celles-ci. Universitaire de la plus rare distinction, philosophe aux idées originales, grand créateur dans le domaine de la pensée et de l'action, M. Gaston Berger, par sa chaleureuse activité, devait jouer un rôle capital dans l'élaboration de nos projets. Lorsqu'il abandonna ses fonctions administratives et qu'il vint me voir, il me déclara qu'un de ses grands souvenirs resterait lié à notre collaboration au Comité consultatif des universités, au Conseil Supérieur de l'Education Nationale et, avant tout, au Comité interministériel. Il ajouta, avec une amicale indulgence, qu'il était par-dessus tout fier d'avoir été mon collaborateur. C'est moi, en réalité, qui ai éprouvé et éprouve toujours cette fierté.

Le professeur Eugène Aujaleu, un des spécialistes les plus renommés dans le domaine de la santé publique, était alors directeur général de la Santé Publique et dominait le ministère comme autrefois Philippe Berthelot, secrétaire général du ministère des Affaires Etrangères, avait dominé ce département. Haut fonctionnaire, il servit loyalement ses supérieurs ; chargé d'élaborer des réformes puis de les appliquer, il exigeait des autres comme de lui-même une stricte discipline. Il n'hésitait jamais devant les rigueurs de son devoir. Sa fermeté courageuse devait lui valoir d'injustes hostilités aux motifs assez bas. Il défendait avec vigueur ses opinions très fermes. Nous savions bien, lorsque nous étions en désaccord, que chacun d'entre nous n'envisageait que des intérêts supérieurs.

Au premier rang des collaborations précieuses, il faut placer celle de M. Martinet, directeur du Budget, qui approuva les principes de la réforme et la soutint de toute sa force, et celle du directeur de l'Assistance Publique, le docteur Xavier Leclainche, qui approuvait nos idées. M. l'inspecteur général Rolland assistait M. Gaston Berger, et M^{lle} Demolon le professeur Aujaleu. Leur participation à la tâche commune fut importante.

Des hautes administrations des Finances, de l'Assistance Publique, de la Sécurité Sociale nous venaient des objections, certes, mais plus encore des secours. Des collègues jeunes et moins jeunes nous aidaient autant par leurs critiques

que par leurs idées personnelles. Je ne puis citer tous les membres du Comité interministériel, mais je voudrais rappeler le puissant appui que nous apporta le professeur de Vernejoul, président de l'Ordre des médecins, aussi impressionnant par la hauteur de ses vues que par son dévouement au bien public, le professeur Fauvert, de Paris, et le professeur Fontaine, de Strasbourg, ainsi que nos cadets, notamment A. Roussel et surtout Jean Dausset.

Nous avons bénéficié de la collaboration irremplaçable du secrétaire général Raymond Poignant, maître des requêtes au Conseil d'Etat, spécialisé dans les questions d'enseignement. Il maniait avec la même compétence et la même dextérité intellectuelle les problèmes d'administration, de finances, de législation et de doctrine. Avant lui, Jean-Jacques Ribas, du Conseil d'Etat, après lui Alexandre Epifanoff, assisté de Gérard Cocrelle de la Cour des comptes, doués de tempéraments et de qualités très différents mais également de remarquables capacités, devaient remplir les fonctions de secrétaire général de notre Comité.

Le travail du Comité fut âpre, dur à certains moments mais poursuivi, par ceux que passionnait cette entreprise, avec un acharnement dont l'enthousiasme ne diminuait pas le souci des réalités et des possibilités.

Ainsi fut rédigé et rendu public, en juillet 1957, un avant-projet de loi relatif à la réforme des hôpitaux des villes universitaires et de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, puis, en mai 1958, à la veille de l'investiture du général de Gaulle et au milieu des désordres politiques, les plus graves, un projet de loi relatif à la réforme de l'enseignement médical des centres hospitaliers et universitaires et au développement de la recherche médicale.

Ces textes contiennent la plus grande partie — non la totalité — des idées que nous avons soutenues au cours de cette longue période d'études, de discussions et de bataille. En voici les éléments principaux. Une idée dominait : moderniser les hôpitaux français, ou plutôt construire des hôpitaux neufs où pourraient être satisfaites les exigences de la médecine et de la société modernes, agencer le confort des patients, améliorer l'accueil du blessé ou du malade et de sa famille, imaginer des dispositifs capables de rendre la maladie moins pénible et le séjour à l'hôpital moins sévère. En effet, un principe social nous paraissait s'imposer : les malades de toutes les classes de la nation devaient être, dans le cas de diagnostic difficile, de maladie ou de blessure grave, de soins urgents, dirigés vers l'hôpital. Il fallait donc d'abord modifier le sentiment général d'une population habituée à considérer l'hôpital comme un refuge de la misère où l'on ne doit se rendre que si l'on ne peut l'éviter, montrer ensuite que celui-ci est devenu le seul lieu où puissent se trouver les secours les meilleurs dans un cadre à tous égards favorable à la guérison. Nous espérions que l'opinion éclairée et bien orientée exigerait de l'Etat et des collectivités publiques les dépenses très lourdes nécessaires pour réaliser notre idéal de progrès et d'égalité.

Le nombre, la complexité des examens utiles pour établir un traitement demandent un appareillage chaque jour plus raffiné et que viennent modifier d'incessantes inventions et découvertes. Aussi est-il juste qu'on exige leur plein emploi. La venue à l'hôpital des malades habituellement privilégiés ne pouvait, à notre avis, qu'aboutir à une égalisation par le haut, objectif essentiel des réformateurs. Une remise en état des hôpitaux français était donc demandée avec vigueur puisqu'elle représentait l'étape prioritaire et préliminaire.

Notre doctrine faisait de l'hôpital le centre où doivent converger les efforts pour les soins, l'enseignement et la recherche. Pour les chefs de la médecine française, l'hôpital a toujours représenté le haut lieu de leur travail, et les heures passées à l'hôpital, les heures culminantes de leur journée.

Mais, en vertu des traditions de notre organisation, nos grands hôpitaux ne contenaient pour ainsi dire pas de dispositifs propres à l'enseignement ni à la recherche. Quelques amphithéâtres et quelques laboratoires ne formaient que l'ébauche plus que modeste d'un équipement tout à fait insuffisant. Si l'on voulait, ce qui est non seulement souhaitable mais vraiment nécessaire, réaliser à l'hôpital l'unité de lieu pour le personnel soignant, enseignant, pour les étudiants comme pour les chercheurs, il fallait en modifier complètement la structure.

L'hôpital moderne est donc conçu comme un centre de diagnostic et de traitement où l'équipement instrumental n'est rentable que s'il est appliqué aux malades de toute la population et que s'il fonctionne pour toute une région et la journée tout entière. Enfin, l'architecture de l'hôpital doit subir une transformation considérable pour être adaptée aux exigences très souvent modifiées et chaque jour croissantes des soins difficiles, urgents, et de la surveillance minutieuse des grands malades.

C'est sur le terrain de l'hôpital que doivent vivre professeurs, assistants et étudiants. Donc, l'équipement hospitalier doit comporter des salles de cours, des salles de réunions pour le travail et le repos, une bibliothèque, des pièces destinées à l'enseignement et tous les agencements que celui-ci comporte, et enfin, des installations pour la détente et les repas de tous. C'était une véritable mutation que proposait le Comité. Ainsi, certains centres devaient servir de modèles et permettre d'apprécier les essais des aménagements nouveaux. Les hôpitaux anciens devaient recevoir des crédits destinés à des dispositifs de modernisation et d'adaptation à l'enseignement et à la recherche. C'étaient, dans notre langage, les crédits de « saupoudrage » qui devaient s'ajouter aux crédits de création des centres hospitaliers et universitaires.

Une autre nécessité s'imposait : il paraissait essentiel de ne point laisser les professeurs et les chercheurs voués aux différentes disciplines de la biologie installés loin des malades pour le bien desquels ils travaillent. Il fallait donc construire,

sur le terrain de l'hôpital, des laboratoires organisés à la fois par l'administration de l'Education nationale, celle des hôpitaux et celle de la recherche scientifique. Ainsi se trouveraient réunis, proches les uns des autres, vivant d'une vie commune, sollicités par les problèmes que pose la maladie, tous ceux qui doivent associer dans leur existence les soins, l'enseignement et la recherche et qui pourraient aisément former des équipes consacrées à ces tâches. Sur la valeur de pareilles organisations matérielles et leur utilité pour le progrès, nous ne cessons d'insister. La désignation de « centre hospitalier et universitaire » fut alors proposée et, suivant la coutume moderne, dans le langage courant on emploie le sigle C.H.U. Cette notion et ce terme sont aujourd'hui adoptés non seulement en France, mais dans plusieurs pays qui ont imité le dispositif français actuel. Ainsi, par exemple, sur les murs de la nouvelle université canadienne française de Sherbrooke, on lit en très grands caractères : « Centre Hospitalier et Universitaire. »

Le Comité interministériel était conscient qu'il devait prendre une mesure révolutionnaire pour modifier le régime de vie du personnel des hôpitaux et des facultés. Il était indispensable que l'existence même de tous s'écoulât complètement sur les lieux de travail, qu'on en finît avec la dispersion, le temps perdu, la fatigue des trajets, l'insuffisance de séjours à l'hôpital des enseignants comme des étudiants, bref, qu'on exigeât de tous le temps plein, élément primordial du progrès. Les membres du Comité savaient que, quelque soixante-dix ans plus tôt, Simon Flexner, de la fondation Rockefeller, chargé d'un plan de réforme pour les universités américaines, avait mis dix ans pour obtenir l'établissement du temps plein qui devait permettre à celles-ci d'établir leur suprématie. On pensait bien qu'en France il y faudrait une quinzaine d'années.

Le Comité n'ignorait pas l'intérêt intellectuel de l'exercice de la médecine en ville, mais comment parvenir à assurer une présence suffisante à l'hôpital dans l'intérêt des malades comme dans celui des maîtres et des étudiants ? Et comment empêcher que les plus fines intelligences de notre avant-garde médicale ne fussent pas perdues pour l'investigation originale ? Le choix était grave, mais il fallait choisir. Des mesures transitoires permirent, dans les meilleures conditions, d'assurer le passage du mode de vie traditionnel à l'existence nouvelle en respectant la liberté de chacun.

Nous comptons bien obtenir, grâce à cette réforme, la concentration des pensées et des préoccupations de chacun, la réunion de tous les malades dont on prend le souci, de tous les collègues avec lesquels on travaille, des ressources de toutes les disciplines dont on a besoin, le brassage des générations, l'interpénétration des spécialités, la collaboration de la biologie et de la médecine clinique, l'intimité de la vie commune de toutes les catégories du personnel soignant, la participation de tous à la gestion du centre. Ainsi se trouveraient associés les meilleurs soins pour les malades et l'agrément d'une vie pour tous mieux équilibrée.

Un autre principe fondamental de la réforme est celui de la double appartenance. Jusqu'à l'application de la réforme, la plupart des membres du corps hospitalier ne faisait pas partie de la faculté et tous les professeurs de sciences fondamentales ainsi que leurs collaborateurs n'appartenaient pas au corps des hôpitaux. La fusion a été un de nos objectifs essentiels.

Trop souvent, les hasards d'un concours ont privé certains membres du corps hospitalier — et des plus méritants — d'une carrière universitaire. Quelques-uns, dit-on, n'ont pas le goût d'enseigner. Qu'entend-on par là ? Les leçons magistrales, avec leurs développements oratoires, ont leur rôle à jouer et nous croyons à leur valeur, mais on peut enseigner autrement la médecine. Les conversations familières, voire le silence sont éloquentes lorsque l'étudiant regarde son maître examiner, soigner, opérer. Tout médecin du corps hospitalier est un maître dont la fréquentation est utile, même s'il parle peu, pourvu qu'il soit aidé par un bon état-major d'assistants qui explique au plus jeune ce qu'il n'a pas saisi. Regarder J. Babinski examiner un malade sans dire un mot était sans doute la plus grande leçon de médecine clinique que l'on pût recevoir. Georges Guillaumin fut un grand enseignant silencieux.

Ainsi, la réforme visait à supprimer la dualité des concours et à assurer pour tous la même carrière. Je n'insiste pas sur les sentiments de jalousie et des rivalités inévitables, pour ridicules qu'ils soient, entre deux corps séparés parcourant des carrières différentes et ne recevant pas les mêmes honneurs. Il fallait en finir avec la persistance d'une hiérarchie souvent injuste. Cette double appartenance devait être établie à tous les degrés : l'interne des hôpitaux devait être moniteur à la faculté, le chef de clinique assistant hospitalier, les médecins et spécialistes des hôpitaux professeurs agrégés, puis professeurs titulaires. De cette façon se trouve abolie une rivalité fâcheuse entre deux corps et réalisée entre tous une égalité de carrière. Enfin, pareille orientation permettait d'augmenter d'une façon importante le nombre des enseignants. La double appartenance devait comporter un double traitement répondant à la double tâche assumée par tous. Cette mesure permettait de compenser en quelque sorte les avantages perdus par l'abandon des carrières privées.

L'obtention de ce dispositif fut difficile. Il était délicat en effet d'établir, pour les membres de l'Enseignement supérieur appartenant à la Faculté de médecine, un régime différent de celui de leurs collègues des autres facultés. Mais à la fin, nous exigeons des médecins une tâche de soins et, d'une façon générale, une activité professionnelle considérable qui s'ajoutait aux obligations de l'enseignement.

Je dus, pour faire accepter notre projet, obtenir l'accord du ministre des Finances, M. Antoine Pinay. Il voulut bien, le moment venu, me recevoir longuement, écouter les arguments et avec bienveillance adopter nos conclusions. Il acceptait que le corps hospitalier et universitaire reçût un traitement de l'Éduca-

tion nationale et une indemnité versée par l'hôpital. Sans cette décision fondamentale, notre entreprise n'aurait pas pu aboutir.

Parmi les idées sur lesquelles je devais insister figurait la nouvelle orientation donnée aux professeurs de sciences fondamentales : physique, chimie, biologie, bactériologie, physiologie, etc. Leur participation au travail hospitalier apparaissait du plus grand intérêt. Jusqu'alors, la plupart des professeurs de ces sciences ne prenaient point part aux recherches poursuivies à l'hôpital, loin duquel ils vivaient. Le principe nouveau consistait à leur confier la direction des laboratoires hospitaliers en créant une fonction nouvelle, celle de biologiste des hôpitaux. Rapprochée de l'homme malade et de ses problèmes, en contact permanent avec les difficultés de la clinique et de la thérapeutique, l'attention de ces maîtres et de leurs collaborateurs sera attirée vers la pathologie humaine. Leur esprit sera sollicité par l'application à l'homme de leur discipline scientifique. Une communauté de travail sera entretenue par la vie menée côte à côte avec les cliniciens, ce qui est un facteur important pour les progrès de la médecine biologique.

Exerçant dans les centres hospitaliers et universitaires une fonction hospitalière, les professeurs de sciences fondamentales et leurs collaborateurs jouissent de la double appartenance. Leurs traitements sont donc les mêmes que ceux des cliniciens. Cette égalisation des niveaux de vie des fundamentalistes et des cliniciens, juste et bénéfique à tous égards, ne peut être que favorable au recrutement du personnel voué aux études scientifiques de base et encourager l'orientation des jeunes vers les carrières de laboratoire, ce dont la France a le plus grand besoin.

Ces idées générales n'étaient point familières au public français. On conçoit quels efforts furent nécessaires pour faire triompher une doctrine contre laquelle s'élevèrent avec la plus grande vigueur la force des habitudes, les traditions et la puissance d'intérêts privés. La résistance fut des plus vives, les protestations bruyantes ; réunions publiques, libelles, articles de journaux, ordres du jour d'organisations professionnelles, grande agitation dans les académies témoignent d'une émotion partout ressentie. On nous reprochait de détruire la médecine libérale, de transformer les meilleurs des médecins en fonctionnaires asservis, de vouloir faire périr « l'élite », de briser les plus belles traditions, de nous nourrir de chimères et aussi, j'ajoute, de pousser vers la misère des groupes d'hommes jusqu'alors assez opulents. Les « intérêts » étaient en jeu, et l'on sait qu'ils savent se défendre. Ils savent aussi s'abriter derrière le respect des grands principes. Je connaissais bien et par expérience personnelle l'importance des abandons qu'exigeait la réforme ; je n'en éprouvais que plus durement l'injustice des attaques et des insultes personnelles qu'acceptèrent de publier certains grands journaux médicaux, ce qui montre à quel point était violente la mêlée. Je gardais de mon mieux mon sang-froid. J'avais, conformément aux conseils de mon fils, totalement négligé de lire les diatribes et d'écouter les clameurs. Je priais mes collaborateurs de fréquen-

ter les foules hostiles et les maîtres qui nous critiquaient, d'assister aux réunions tumultueuses et de lire soigneusement tous les articles qui nous concernaient pour examiner les éléments constructifs que pouvait apporter cette accumulation de reproches. Je dois dire que la récolte fut assez mince. Certains collègues se montrèrent assez étonnés de la courtoisie que je gardais à leur égard. Ils ne se doutaient pas que j'ignorais leurs injures.

Pour convaincre nos collègues appartenant aux différentes facultés des provinces, j'entrepris plusieurs voyages et demandai à mes amis d'organiser des réunions d'information. Certaines furent encourageantes par les témoignages de sympathie pour nos idées. Dans d'autres, l'opposition vigoureuse, notamment des chirurgiens dont la situation était prospère et qui craignaient d'être forcés de modifier leur genre de vie, se traduisait par de grandes objections de principe soutenues avec violence. Dans une des grandes facultés provinciales, le doyen ne m'accorda pas l'usage d'un amphithéâtre de sa faculté. La réunion fut tenue dans l'arrière-boutique d'un café et celle-là fut très chaleureuse. Nous évoquâmes en riant la clandestinité de la Résistance, espérant bien triompher cette fois encore. D'une façon générale, la jeune génération était favorable lorsque les aînés étaient réticents et même hostiles.

Il n'est pas douteux que jamais la réforme n'aurait pu être appliquée devant la coalition bruyante et agissante des passions et des intérêts si des circonstances exceptionnelles ne s'étaient montrées favorables. Le général de Gaulle m'avait bien dit un jour : « Vous voulez forcer tous les médecins à rester toute la journée auprès de leurs malades de l'hôpital, vous n'y parviendrez jamais », et, après un silence : « Ils tiennent trop à leur clientèle privée. » Mais le scepticisme désabusé de sa conversation contrasta une fois de plus avec la netteté de sa clairvoyance et l'énergie de sa décision, et ce fut par sa volonté et sous son autorité que le gouvernement, dirigé par mon fils, fit siens les projets élaborés par le Comité interministériel. Les pleins pouvoirs permettaient au gouvernement de procéder par ordonnances, sans discussion parlementaire. La réforme a pu profiter de ce dispositif. Son application fut confiée à M. le ministre Bernard Chenot, qui mit toute sa volonté, sa compétence et son autorité à réaliser la réforme à laquelle il croyait. La décision solennelle et retentissante du gouvernement fut formulée en une série d'actes officiels dont l'ordonnance du 30 décembre 1958 fut le premier.

Les dispositifs libéraux des mesures de transition devaient apaiser presque complètement les polémiques et l'agitation. La sagesse des réformes devait convaincre une partie de plus en plus importante des générations nouvelles, et leurs avantages entraîner un nombre croissant de leurs aînés. Malgré les ordres des syndicats, beaucoup adoptèrent le régime nouveau vis-à-vis duquel l'ensemble des chirurgiens et des accoucheurs étaient néanmoins hostile.

Depuis cette date, le Comité interministériel, conformément à son statut,

a veillé à l'exécution de la loi, contribué à la préparation de 30 décrets et de 60 arrêtés, conseillé ceux qui avaient la responsabilité des créations, transformations et aménagements nécessités par l'établissement des régimes nouveaux.

En effet continua parmi nous la collaboration personnelle des hauts fonctionnaires de l'Education Nationale, de la Santé Publique, de l'Intérieur et du Budget.

Seules ces rencontres régulières ont permis, au début de l'application de la réforme, que celle-ci ne s'enlise pas et que le travail soit poursuivi sans les pertes de temps et les atermoiements si fréquents lorsqu'il s'agit de coordonner la marche de plusieurs administrations. Au reste, des liens étaient établis avec le Commissariat au Plan, notamment avec M. Pierre Massé qui s'intéressait à nos efforts, et un groupe fut constitué dans ce commissariat même qui, sous la présidence du sénateur Le Gorgeu, actif partisan de la réforme, avec l'aide de M. R. Poingnant, réunissait des représentants de la commission de la Santé Publique et de celle de l'Education Nationale.

Le Comité interministériel, après qu'eurent été acceptés et transformés en textes officiels les grands principes qu'il avait proclamés, devait étudier des problèmes importants dont la solution ne pouvait être apportée que par le fonctionnement des centres hospitaliers et universitaires. Certains de ces problèmes furent résolus, d'autres sont restés en suspens.

Les projets soumis à l'étude du Comité interministériel concernaient la fonction hospitalière pour tous les étudiants en médecine, la division de la Faculté de Paris, d'un volume monstrueux, les études et diplômes de biologie humaine, réalisation originale si importante pour la formation des chercheurs, les progrès pédagogiques dans l'enseignement des étudiants en médecine, enfin, l'amélioration des modes de recrutement au cours du curriculum hospitalier et universitaire.

Une obligation fut reconnue, celle de donner à tous les étudiants une fonction hospitalière avec une participation progressive aux responsabilités jusqu'alors réservée aux externes et internes, les stagiaires restant en quelque sorte à distance de l'homme malade, sauf au moment du stage interné dont j'avais obtenu l'organisation à la fin des études. Faire une part personnelle aux étudiants dans les examens et l'application des thérapeutiques n'était pas alors chimérique, car leur nombre était beaucoup moindre qu'il ne l'est aujourd'hui.

L'idée de l'externat pour tous devait, comme celle de l'hôpital pour tous, du temps plein obligatoire, de la double appartenance, provoquer des tempêtes; certains crurent bon de défendre leur privilège. A présent que le flot populaire veut briser les hiérarchies, ceux qui, dans les réunions publiques tumultueuses, nous attaquaient si vivement ont bien oublié leur attitude et maintenant se montrent dociles aux exigences de la foule.

Dans l'esprit du Comité interministériel, par la création d'« externes en premier » nommés parmi ceux ayant obtenu les meilleures notes aux examens, une certaine hiérarchie persistait qui devait développer l'émulation, permettre de

préciser pour chacun les tâches et préparer progressivement l'étudiant à la prise de conscience de ses responsabilités.

Ce fut le mouvement contestataire de 1968 qui obtint la réalisation de l'« externat pour tous », dans l'improvisation et le désordre. Les méthodes d'enseignement devaient être renouvelées. On s'était insuffisamment préoccupé en France des problèmes pédagogiques de l'enseignement supérieur. Rien n'était modifié depuis l'époque de la mise en place des grandes institutions universitaires qui dataient du début de la III^e République, alors que la médecine, la société, la psychologie des maîtres et celle des étudiants avaient bien changé. Le Comité interministériel entreprit un travail dont, une fois encore, l'orientation devait surprendre. Il fallait, à cet égard, secouer une certaine insouciance du corps enseignant et plus encore celle des étudiants dont il fut à l'époque très difficile de susciter l'intérêt. Une formule lapidaire peut résumer la doctrine peu à peu élaborée par le Comité interministériel : « enseignement complet, dirigé, intégré, sur mesure, continu, sur le terrain ». Expliquons-nous.

Enseignement complet. Pour réaliser cet objectif, plusieurs initiatives étaient envisagées. Au début de leur entrée à l'université, les étudiants en médecine souhaitent aller à l'hôpital. Jadis, cette attirance sentimentale était assouvie puisque dès leurs premières années, et quelquefois même pendant l'année préparatoire du P.C.N., les étudiants étaient acceptés comme bénévoles — le terme d'argot de « roupiou » était employé — dans des services accueillants et ces quelques heures de la matinée passées dans les salles de malades impressionnaient et satisfaisaient cette jeunesse. Il n'est plus question, pour beaucoup de motifs, de favoriser aujourd'hui cette bienveillance archaïque, mais de permettre l'accès très tôt, dès la première année des études, aux services hospitaliers en organisant un stage de soins infirmiers. Sous la direction des surveillantes de l'hôpital, tous ces jeunes gens et jeunes filles apprendraient les bonnes manières pour approcher le malade, manipuler son corps en évitant de le faire souffrir, arranger son lit, bien placer son oreiller. Mon maître Landouzy disait : « N'est un bon médecin que celui qui sait mettre convenablement un oreiller dans le dos d'un malade essoufflé », et il avait raison.

Par ailleurs, le développement de nos techniques exige l'adresse manuelle pour les multiples gestes délicats que réclament les injections, les dosages, les explorations instrumentales, les ponctions, etc. Par ce stage hospitalier initial, l'étudiant débutant apprendrait comment gagner à la fois la confiance et la sympathie des patients. Par ailleurs, les laborantines devraient leur indiquer comment recueillir les produits d'examens. Un stage à la pharmacie permettrait à l'étudiant de voir de près, si l'on peut dire, le médicament qu'il prescrira plus tard. Ainsi serait également satisfait ce désir, pour les étudiants qui veulent se vouer à la médecine, d'approcher de bonne heure le malade et de connaître la vie hospitalière. N'en est-il

pas de même pour le futur marin qui souhaite être plongé très tôt dans la vie maritime ?

Peut-on espérer que ces idées, qui n'ont reçu jusqu'à présent aucune application, trouveront un jour leur réalisation ?

L'enseignement dirigé signifie qu'à côté des cours magistraux, qui ne sauraient être supprimés, s'impose un enseignement par petits groupes sous l'autorité d'un assistant, véritable tuteur de ses cadets. Ce dispositif réalise l'extension des conférences d'internat et d'externat qui ont fait leurs preuves. Il permet un dialogue entre l'étudiant et son jeune maître et est aussi profitable aux uns qu'aux autres, facilitant un véritable contrôle des connaissances souhaité par l'étudiant lui-même. Des salles et un matériel d'enseignement doivent être aménagés pour cet élément essentiel des études médicales. A cet égard, un progrès réel a été aujourd'hui accompli.

L'enseignement intégré consiste à organiser, à propos de cas bien choisis, une réunion à laquelle participent les maîtres des différentes disciplines : clinique, biologique, psychologique et sociale. Ainsi les différents aspects du problème se trouveraient exposés et discutés devant l'étudiant, aussi bien la psychologie du patient que les difficultés économiques ou morales que soulève la maladie. La présence et la participation de l'assistance sociale comme celle d'enseignants de disciplines diverses, depuis l'anatomo-pathologie jusqu'à la sociologie, fourniraient à propos d'un cas concret l'acquisition de connaissances nécessaires alors que l'enseignement théorique de la sécurité sociale, par exemple, n'a pour l'étudiant aucun attrait. La difficulté a toujours été jusqu'à présent de réunir régulièrement tant de personnalités diverses.

Enseignement sur mesure signifie qu'à côté des enseignements obligatoires pour tous les étudiants, ceux-ci peuvent, selon le métier qu'ils choisiront : médecine de famille, enseignement, spécialités diverses, recherche biologique, etc., approfondir les enseignements qui leur sont indispensables. Un dispositif plus simple, rendu nécessaire par le nombre actuel des étudiants acceptés dans les facultés, a remplacé celui que le Comité interministériel aurait voulu promouvoir.

Enseignement continu signifie qu'au sortir de l'école le médecin doit continuer à fréquenter les centres hospitaliers et universitaires. Le Comité interministériel a soigneusement étudié ce problème, qui a reçu en bien des lieux des solutions diverses. Néanmoins, l'armature solide et les aménagements qui ont été proposés mériteraient d'attirer aujourd'hui l'attention. De nombreux et excellents efforts bénévoles fort précieux et fort utiles pallient aujourd'hui la carence de l'enseignement continu dont la nécessité s'impose en raison de la vitesse et de l'importance des acquisitions nouvelles que chaque jour apporte.

Enfin a été envisagé « l'enseignement sur le terrain » dont nous parlerons plus loin à propos de la médecine préventive.

Le régime des examens a été étudié d'une façon particulièrement attentive.

Grâce à l'établissement de notre bureau d'études au ministère de l'Education Nationale ont été mis au point, dans un désir d'objectivité et de rigueur, les premiers examens par questions multiples ainsi que différents dispositifs dont l'application n'a pu encore être qu'ébauchée.

Depuis l'époque où le Comité Interministériel a établi ces principes de réforme pédagogique, l'organisation de l'enseignement médical s'est modifiée dans le C.H.U. Pour continuer dans la voie du progrès où l'on s'est engagé, il serait bien utile de redonner son activité au centre pédagogique qu'avait créé M. Gaston Berger et, sous son impulsion, de poursuivre la marche délibérément entreprise vers l'adaptation de l'enseignement aux nouvelles facilités et exigences de notre temps.

Des innovations indispensables étaient, aux yeux du Comité, représentées par le développement de la biologie humaine dans les centres hospitaliers et universitaires. Malgré l'opposition violente de quelques-uns de ses membres, et non des moindres, qui voulaient conserver dans les facultés de médecine l'indépendance farouche des chaires de sciences fondamentales et notamment de physiologie, furent préparés tous les éléments d'un cycle d'études approfondi. Celui-ci devait compléter, pour ceux qui en auraient le goût et la capacité, les enseignements supérieurs dispensés dans les Facultés des Sciences, l'Ecole des Hautes Etudes, le Collège de France, l'Institut Pasteur.

Les stages dans les laboratoires, l'initiation à l'investigation personnelle après l'étude soignée des techniques préparent à la maîtrise de biologie humaine. Ces titres doivent être exigés pour exercer certaines fonctions hospitalières et universitaires comme celle de biologiste des hôpitaux. Ainsi doivent être favorisés dans les facultés de médecine l'enseignement des sciences fondamentales concernant la biologie humaine, les recherches originales, l'habitude des méthodes et de la rigueur scientifique. Les efforts les plus grands ont été exigés pour en maintenir la haute qualité et le rigoureux contrôle. Notre volonté était de promouvoir dans toutes les métropoles de France un élan vers la biologie intégrée à la médecine. Ce programme ambitieux est, dans plusieurs villes françaises et pour de nombreuses disciplines, réalisé.

Le Comité Interministériel devait affronter le problème, particulièrement difficile à résoudre, de la carrière des maîtres et du recrutement hospitalier et universitaire. Sur ce point capital, son œuvre est restée inachevée. Une transformation complète de l'internat des centres hospitaliers et universitaires était envisagée qui comporterait, à la fin des études, un concours spécialisé permettant de préparer dans les meilleures conditions des médecins instruits dans les différentes disciplines et qui, de ce fait, obtiendraient le certificat d'études spécialisées qui leur serait réservé après qu'ils auraient, dans plusieurs villes de France, pu s'instruire dans les services de leur spécialité. Ainsi aurait été formée en France

une véritable élite de spécialistes capables de rivaliser avec les meilleurs autres pays.

Pour l'accession aux grades supérieurs, les principes qui inspiraient le Comité interministériel : favoriser les travaux originaux, chercher à en assurer avec une intégrité implacable la juste appréciation, établir des dispositifs inhibant le favoritisme et les coteries locales, n'ont pu trouver d'application...

L'importance de la médecine préventive n'a pas échappé au Comité interministériel, en particulier la double nécessité d'intéresser les étudiants en médecine aux problèmes de santé publique et la création d'un corps de médecins de santé publique en France dont la carrière fût ajustée à celle du corps hospitalier et universitaire. Dans un chapitre ultérieur, nous envisagerons l'ensemble de ce problème que le Comité interministériel n'a qu'abordé.

Ainsi peuvent être résumés à la fois les idées qu'a formulées le Comité interministériel, les batailles qu'il a livrées et les projets qu'il a ébauchés.

*
**

A l'avenir il appartiendra de mesurer la grandeur de l'œuvre du Comité interministériel. Il est indéniable que par les réformes révolutionnaires qu'il a obtenues il a permis un renouvellement de la médecine française. Pour la création de centres hospitaliers et universitaires, dans toute la France des bâtiments nouveaux ont été édifiés ou sont en voie de construction. Dans les grandes villes, à la place ou autour des vieux hôpitaux, ce ne sont que chantiers et travaux de bâtiments. Des vastes locaux universitaires, des laboratoires destinés à la recherche médicale viennent occuper le terrain proche des salles de consultation et d'hospitalisation. Les bâtiments nouveaux ne ressemblent en aucune manière aux anciens hôpitaux, et le nombre des équipements de services modernes favorisant les applications les plus récentes de la médecine et de la chirurgie augmente chaque jour. Il s'agit à la vérité d'un changement total, et de proportions et de nature. Le style de vie du personnel hospitalier et universitaire s'est brusquement modifié.

Fait entièrement nouveau, se développait l'Institut national de la santé et de la recherche médicale qui comptait, en 1965, 520 chercheurs et 696 techniciens et personnels administratifs travaillant dans 56 unités et groupes de recherches alors qu'en 1971, 875 chercheurs et 1 512 techniciens faisaient partie de 103 unités ou groupes de recherches installés pour la plupart sur les terrains des C.H.U., où s'élèvent des constructions nouvelles entièrement réservées à la recherche scientifique. En 1972, l'effectif des personnels atteignait 935 chercheurs et 1 641 techniciens. A ces chiffres s'ajoutent de nombreux chercheurs et techniciens dépendant du C.N.R.S. et d'autres institutions.

Pour le personnel enseignant, en 1962 on relevait 2 067 professeurs ou

agregés dont 192 travaillant à temps plein ; fin 1972, leur nombre est de 2 906 dont 2 198 travaillant à temps plein, soit 72,4 %.

Pour donner un exemple des dépenses d'équipement affectées aux C.H.U., nous pouvons indiquer qu'entre 1960 et 1970 leur chiffre a atteint 3 691 millions de francs, mais on peut affirmer que ce n'est pas en vain qu'une pareille somme a été dépensée par la nation.

La réforme hospitalière et universitaire est un succès. Elle change sous nos yeux la mentalité du public, qui, craignant hier l'hôpital, y est aujourd'hui de plus en plus attiré. La qualité exceptionnelle des applications thérapeutiques les plus délicates est publiquement reconnue ainsi que la valeur des diagnostics posés chaque jour avec plus de raffinement dans les cas les plus difficiles.

Ce qui domine sans doute, c'est le changement de mentalité qui se traduit par le désir unanimement affirmé de la jeune génération de maintenir le mode de vie institué par le plein temps et la double appartenance. C'est aussi la satisfaction éprouvée par les jeunes maîtres qui ont accepté la vie moderne de nos hôpitaux. Ils ne cessent de manifester la satisfaction professionnelle qu'ils doivent à la réforme. Ne disent-ils pas qu'ils sont heureux ?

La qualité des soins, la valeur des résultats, les progrès réalisés dans beaucoup de domaines témoignent en faveur de l'organisation nouvelle. Le prestige du corps médical français, dont les maîtres ont accepté une vie austère, a grandi. Dans de nombreuses disciplines, la médecine française s'est placée parmi celles qui sont au premier rang. Elle jouit à présent, auprès de juges étrangers toujours sévères, d'une estime qui fut difficilement reconquise.

Il faut dire cependant que l'on voit surgir quelques vellétés de retour en arrière. Oubliant les défauts du passé, certains voudraient en retrouver la vie trop facile, notamment celle que menaient les chirurgiens. Par ailleurs, les ajustements nécessaires n'ont pas été accomplis par les administrations compétentes. Au bout de dix ans et après la loi de 1968 ces ajustements étaient indispensables. Ils le sont toujours. La grande faute fut l'arrêt de l'activité du Comité Interministériel. Les administrations ont désiré pouvoir travailler isolément, certains ministres ont craint une diminution de leur autorité. Malgré l'insistance de quelques-uns d'entre eux, la mise en place d'un Comité interministériel rajeuni a été refusée. L'élan réformateur a été brisé. Il en résulte de graves difficultés, des troubles, des mécontentements, des grèves souvent légitimes sinon par leur expression tout au moins dans leurs motifs.

En rejetant l'indispensable action d'un Comité Interministériel doué, comme le précédent, de prestige et d'autorité, les gouvernements ont fait une faute difficilement réparable.