

Histoire de l'INH et de l'Inserm

Hélène Chambefort, de l'INH à l'Inserm : 1941-2009

Séminaire sur les 150 ans de l'IFREMER

Nantes - 24 Mai 2012

L'Institut National d'hygiène (INH), "ancêtre" de l'Inserm, a été fondé par la loi du 30 novembre 1941, dans la mouvance de la mobilisation scientifique à la veille de la seconde guerre mondiale, qui voit la création du CNRS en 1939 et la réorganisation de la profession médicale avec la création de l'Ordre des médecins en octobre 1940.

Le nouvel Institut, dirigé par le Professeur André Chevallier, est créé à l'instigation du secrétariat d'Etat à la Santé, Serge Huard. Il est doté d'une double mission qui est d'effectuer des travaux de laboratoire intéressant la santé publique et de coordonner les enquêtes sanitaires afin de doter le pays de l'appareil de statistiques épidémiologiques qui lui fait défaut. Il est divisé en quatre grands secteurs d'activité qui sont : la nutrition, l'étude des maladies sociales et leur épidémiologie, enfin l'hygiène générale.

- La section de la nutrition a en charge l'alimentation infantile, qui était pour André Chevallier spécialiste du dosage des vitamines, un problème crucial pour la France, victime de restrictions et pays où l'on compte le plus important déficit démographique dans le monde,
- La section des maladies sociales, attachée à l'étude de la tuberculose, de l'alcoolisme et de la syphilis, mais également du cancer,
- La section d'hygiène, essentiellement chargée des problèmes d'adduction d'eau et de médecine du travail,
- La section d'épidémiologie, qui publie régulièrement des statistiques de mortalité.

Louis Bugnard et le développement de l'Institut

Les années de l'immédiat après-guerre voient l'essor de la recherche médicale, ainsi en 1946, sous les auspices du professeur Robert Debré, Président de l'INH, est mis en place un "comité d'études sanitaires de la Sécurité sociale" destiné à financer la recherche en santé publique. Il se préoccupe également de remplacer A. Chevallier, nommé à la direction du centre anticancéreux Paul Strauss à Strasbourg, à la tête de l'INH.

Louis Bugnard (1946-1963) succède ainsi à André Chevallier à la tête de l'Institut. En 1947, il obtient par décret (8 avril 1947), la création d'un corps de médecins chercheurs aligné sur le modèle du CNRS, ce qui renforce les liens entre les deux instituts et l'INH accorde des bourses qui permettent à une nouvelle génération de médecins souhaitant se consacrer à la recherche de parfaire leur formation aux Etats-Unis, grâce au soutien continu de la Fondation Rockefeller. Il crée également l'Ecole nationale de la santé publique, chargée "d'assurer le perfectionnement des médecins de la santé publique, des pharmaciens et techniciens sanitaires".

Louis Bugnard, agrégé de physique médicale, polytechnicien et professeur de physique biologique à la faculté de Toulouse, oriente aussi l'INH vers cette discipline en collaborant étroitement avec le Commissariat à l'énergie atomique (CEA), créé en 1945.

Il développe l'utilisation de radioéléments et participe à la création des premières grandes installations pour le traitement des cancers. Un Bêtatron est installé à Villejuif, en 1948. L'Institut devient l'un des principaux correspondants nationaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de rayonnements ionisants et suscite, en 1956, la création du Service central de protection contre les rayonnements ionisants (SCPRI).

Malgré tout, pénalisé par la modestie de ses moyens budgétaires, mais aussi par la priorité donnée aux problèmes de physique médicale, l'INH n'a pas su répondre aux nouvelles attentes de la clinique et une nouvelle génération de cliniciens s'affirme soucieuse d'inscrire la recherche médicale dans la véritable révolution que connaissent alors les sciences du vivant et crée au sein de l'AP-HP l'Association Claude Bernard, en 1955. Celle-ci est destinée à doter les cliniciens de laboratoires de recherche installés à proximité de leurs services hospitaliers. Des centres de recherche sont ouverts dès 1956, presque tous créés en concertation avec l'INH appelés à devenir de futures unités de recherche de l'Inserm.

La réforme de la médecine (réforme Debré) se concrétise par l'Ordonnance du 30 décembre 1958, relative à la création des centres hospitaliers et universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Elle instaure la fusion de la faculté de médecine et de l'hôpital au sein des CHU et crée un corps de professeurs hospitaliers et universitaires plein temps (PU-PH), qui devront assurer, au moins en théorie, la triple fonction de soins, d'enseignement et de recherche.

En 1960, la réforme est complétée par un décret qui prévoit de réserver, dans chaque CHU, 50 mètres carrés à la recherche. Le décret du 20 mai 1955 avait d'ailleurs permis l'ouverture d'autorisation de programme d'équipements qui amenèrent la construction des premières unités de recherche.

Toutefois, il est vite apparu que la triple fonction de soins, d'enseignement et de recherche telle qu'elle était confiée aux CHU était difficile à mettre en place dans les faits et qu'il fallait donc créer une institution capable de mobiliser des fonds et des personnels pour la recherche, et de créer des laboratoires de recherche. Il existait donc un ensemble de circonstances favorables à la modernisation de l'INH et celle-ci va tout naturellement s'inscrire dans le cadre général des modifications apportées à l'appareil de la recherche publique.

En 1959, le gouvernement met en place la Délégation générale à la recherche scientifique et technique (DGRST) pour gérer l'ensemble du budget de la recherche publique française. La DGRST lance des "actions concertées" destinées à irriguer de nouveaux champs de recherches. Sur les douze premières actions concertées, cinq concernent la médecine et la biologie : neurophysiologie et psycho-pharmacodynamie, nutrition, applications de la génétique, cancers et leucémies, biologie moléculaire

A cela s'ajoutait une pression des très grands hospitalo-universitaires de l'époque comme Jean Bernard, Jean Hamburger, René Fauvert ou Georges Mathé, tous membres de l'Association Claude Bernard, qui poussaient à la création d'un institut qui devait reprendre les fonctions de l'INH, mais en les élargissant.

1964 : Naissance de l'Inserm

Le décret du 18 juillet 1964, voit la création de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), en remplacement de l'Institut national d'hygiène (INH).

Ce dernier se voit assigner cinq missions :

- ✓ Tenir le gouvernement informé de l'état sanitaire du pays et en orienter le contrôle ;
- ✓ Entreprendre toutes études sur la santé de l'homme et la situation sanitaire du pays ;
- ✓ Centraliser et mettre à jour toutes informations sur les activités de recherche médicale tant en France qu'à l'étranger ;
- ✓ Effectuer, susciter, encourager les travaux de recherche médicale ou participer à de tels travaux, apporter son concours aux enseignements préparatoires à la recherche médicale ;
- ✓ Assurer la publication de tous travaux et études se rapportant à ses activités.

Placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé publique et de la Population (R. Marcellin), l'Inserm est géré par un Conseil d'administration et administré par un Directeur général assisté d'un Secrétaire général. Le premier directeur de l'Inserm est le Dr. Eugène Aujaleu qui vient de quitter la Direction générale de la santé, dont il était le directeur.

Pour mettre en œuvre sa politique scientifique, l'Inserm s'appuie sur un Conseil scientifique dirigé en 1964 par Jean-Pierre Bader. Cette instance est chargée de donner son avis au Directeur général et, le cas échéant, au Conseil d'administration sur l'orientation scientifique de l'Institut, sur la valeur des travaux réalisés, sur les recherches qui doivent être entreprises ou poursuivies.

L'Institut comprend aussi 13 commissions scientifiques spécialisées (CSS) nommées pour un mandat de six ans. Elles sont chargées sous l'autorité du Conseil scientifique, de l'orientation et du développement des recherches, chacune dans son champ de recherche.

Elles sont à ce titre amenées à émettre des avis, notamment sur : les créations de laboratoires de recherche, les demandes de subventions, l'attribution des bourses et des prix, la nomination et la promotion des chercheurs, les échanges, les résultats des travaux.

De 1964 à 1969, l'Inserm installe des nouveaux laboratoires de recherche. Ceux-ci sont implantés, pour la plupart, dans les CHU de l'Assistance publique de Paris et dans les grands centres hospitaliers régionaux (CHR). Entre 1964 et 1968, l'Inserm passe ainsi de 55 à 90 unités de recherches.

Les événements de 1968 auront pour principale conséquence de modifier la répartition des responsabilités entre le Conseil scientifique et les Commissions scientifiques spécialisées. Ces dernières prenaient désormais une importance première en matière de recrutement et de gestion des carrières des chercheurs, et des ingénieurs, techniciens et administratifs (ITA).

LES ANNEES 1970, UNE POLITIQUE CONTRACTUELLE

Sous la direction de Constant BURG, qui succède pour dix ans à Eugène Aujaleu, en 1969, puis de Philippe Laudat, directeur général de 1979 à 1982, le développement de l'Institut s'inscrit dans le cadre d'une politique de concertation voulue par les Pouvoirs publics avec les autres établissements de recherche.

En 1971, l'Inserm inaugure une politique d'orientation scientifique fondée sur une nouvelle forme de financement de la recherche : les Actions thématiques programmées (ATP) à caractère multidisciplinaire et d'une durée de trois ans (en 1971, 14 ATP ont été lancées)

Le décret du 9 mai 1974 apporte quelques modifications au statut de l'Inserm en y introduisant le terme enfin consacré de "recherche biomédicale" (et plus "médicale"), mais surtout en précisant l'importance de ses nouvelles missions, notamment en matière de publications des travaux de recherche et de valorisation de la recherche.

Le 6ème plan ayant suggéré d'infléchir les orientations de l'Inserm vers les retombées socio-économiques de l'innovation médicale, l'organisme met en place avec ses partenaires une politique contractuelle de coopération nationale et internationale (CNRS, Institut Pasteur, hôpitaux, universités, etc.).

Ce dispositif comporte des Contrats coopératifs sur programme (CCP) destinés à développer les contacts entre les U. R., des Contrats de recherche internationaux (CRI), des Contrats d'essais thérapeutiques et d'évaluation des méthodes de diagnostic, des Contrats individuels d'épidémiologie (santé publique et économie de la santé).

En 1976, une coopération franco-américaine de lutte contre le cancer est engagée par les gouvernements des deux pays (programme Nixon). L'Inserm en est le coordonnateur pour la France. En matière de coopération européenne, en 1978, un programme d'actions concertées est mis en place auquel l'Inserm allait contribuer par des Actions spéciales de recherche et des actions thématiques programmées, remplacées ensuite par des programmes de recherches coordonnées (PRC).

Les années 1980, l'irrésistible essor d'un EPST

Après avoir lancé les Assises nationales de la recherche suscitées par le nouveau ministère de la Recherche et de l'Industrie, Philippe Lazar est nommé Directeur général de l'Inserm en février 1982. L'Inserm devient par le décret du 10 novembre 1983, un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST) placé sous la double tutelle du ministère de la Recherche et du ministère de la Santé.

A côté de la mission fondamentale de développement et d'acquisition des connaissances dans le domaine de la santé et de la recherche biologique et médicale, le décret assigne à l'organisme de nouvelles missions, en matière de formation à et par la recherche et pour le développement de la coopération internationale, notamment avec les pays en voie de développement.

Un Collège de direction scientifique (CODIS) est créé auprès du directeur général ainsi que des missions de valorisation économique et sociale, de formation à la recherche et par la recherche, des relations internationales et d'information et de communication.

En matière de régionalisation, un décret institue les Administrations déléguées régionales (ADR) en 1983 tandis que des Conseils scientifiques consultatifs régionaux (CSCR) sont nommés l'année suivante.

On note que la régionalisation scientifique de l'Inserm avait quelques précédents réalisés en coopération avec le CNRS, telle l'installation du Centre d'immunologie Marseille Luminy (CIML), (Philippe Kourilsky, Inserm et Michel Fougereau, CNRS) en 1976.

Pour les questions de personnel, en 1983 est créé un comité technique paritaire central (CTPC) tandis qu'un nouveau statut des personnels de l'Inserm est établi par le décret du 28 décembre 1984.

Le Conseil scientifique se préoccupe d'introduire de nouvelles disciplines à l'Inserm, une intercommission consacrée aux sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé est créée en 1983. Des réseaux de recherche clinique ou en santé publique suivront entre 1984 et 1987.

Enfin, à l'instigation du ministère de la Santé, l'Inserm lance en 1986 un programme de recherche sur le sida qui donnera naissance, en 1992, à l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) dirigée par le Pr. Jean-Paul Lévy.

Le retour de la clinique, les relations avec le monde hospitalier

Dans les années 1990, les efforts de l'Inserm ont porté sur une meilleure prise en charge de la recherche clinique avec l'intensification de réseaux spécifiques et l'instauration des contrats nationaux d'études pilotes (CNEP). Sous l'égide du ministère de la Santé, la recherche clinique hospitalière voit décupler ses moyens. Ce qui se traduit par la signature de sept conventions entre l'Inserm et les hôpitaux, et la naissance des centres d'investigation clinique (CIC).

En concertation avec la Délégation à la recherche clinique (DRC), mise en place en 1990 par l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, une commission spécialisée des postes d'accueil pour internes et chefs de clinique est créée. L'année 1992 voit la création des Instituts fédératifs de recherche (IFR) qui regroupent, autour d'une stratégie scientifique commune et sur un même lieu géographique ou en réseau, des laboratoires et des équipes relevant des organismes de recherche, des universités, des hôpitaux.

Cette politique de développement d'une recherche clinique de très haut niveau implique une coopération très étroites entre la biologie, la génétique moléculaire, la recherche médicale et en santé. Cette évolution est renforcée par les successeurs de Philippe Lazar, deux cliniciens originaires du CHU Necker, les Professeurs Claude Griscelli, DG de 1996 à 2001 puis Christian Bréchet, DG de 2001 à 2007.

L'Inserm aujourd'hui : une mission d'animation de la recherche en Sciences de la vie et de la santé

La recherche française vit aujourd'hui une profonde mutation avec la réforme des universités et la loi relative aux libertés et responsabilités des universités (dite loi LRU), du 10/08/2007 et la réorganisation de la recherche publique entamée en 2005, avec la création de l'Agence nationale de la recherche (ANR), agence de financement de projets de recherche, et, en 2007, celle de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES).

Selon André Syrota, nommé directeur général de l'Inserm en 2007, le but de l'Etat est de mieux coordonner la recherche en sciences de la vie et de la santé en la dotant : "d'une réelle capacité de coordination stratégique, scientifique et opérationnelle".

Pour cela, le gouvernement argue du fait que le système de recherche français est aujourd'hui trop éclaté entre les nombreuses entités opératrices de recherche ou dédiées à son financement. Ce "manque de coordination" serait ainsi préjudiciable à la recherche publique pour sa visibilité internationale, lorsqu'elle veut développer de grands programmes de recherche ou des partenariats avec l'industrie ou encore réagir à des grandes crises sanitaires.

Ainsi, par une lettre de mission datée du 16 novembre 2007, l'Inserm a reçu des ministres de la Recherche et de la Santé la charge d'animer la recherche française en sciences de la vie et de la santé afin de simplifier la gestion de la recherche.

En avril 2008, est décidée la création des huit instituts thématiques "sans murs" au sein de l'Inserm, et la mise en place d'un Comité de coordination nationale impliquant l'ensemble des protagonistes de la recherche française en sciences de la vie et de la santé.

Ces instituts assument une coordination stratégique et programmatique dans leurs domaines de compétences ainsi que l'animation scientifique en s'appuyant sur les experts des domaines concernés, quelle que soit leur appartenance institutionnelle.

Enfin, en mars 2009, le conseil des ministres a adopté le décret de modification des statuts de l'Inserm ayant pour objectif de permettre à l'Institut de remplir ses missions avec une plus grande efficacité et, là encore, de promouvoir l'interdisciplinarité.

Ce nouveau décret donne tout d'abord deux nouvelles missions à l'Inserm : contribuer à la veille scientifique et à l'élaboration de la politique nationale de la recherche et de la santé dans les domaines relevant de sa compétence ; et réaliser des expertises scientifiques.

Ensuite, il définit les attributions des instituts thématiques. Leur but est ainsi de réaliser un état des lieux de la recherche française dans leur domaine, d'animer cette recherche au niveau national et plus seulement institutionnel, et enfin d'en définir les objectifs à court, moyen et long terme

Au niveau de la direction, celle-ci est désormais assurée par un Président-directeur général, nommé en Conseil des ministres, qui préside le Conseil d'administration de l'Institut. André Syrota est ainsi nommé PDG le 18 mars 2009.

Il dispose de prérogatives renforcées et peut nommer ses plus proches collaborateurs, notamment ses directeurs généraux délégués. Son mandat est désormais limité à quatre ans, renouvelable une seule fois, et son activité fait l'objet d'une évaluation par les ministères de tutelle.

Le Conseil scientifique reste l'instance de réflexion et de proposition de l'Inserm en matière de politique scientifique. Il assiste la présidence et se voit consulté sur les orientations stratégiques et le contrat pluriannuel de l'Institut.

Concernant les Commissions scientifiques spécialisées, il est prévu qu'elles soient désormais créées sur décision du Président-directeur général de l'Institut, après avis du Conseil scientifique et délibération du Conseil d'administration, elles conservent leur rôle fondamental en collaboration avec l'AERES, dans l'évaluation des unités de recherche dans leurs secteurs d'activité.

L'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé : AVIESAN

Cette grande politique de coordination des établissements de recherche voulue par le gouvernement s'est traduite en avril 2009 par l'élargissement des fonctions de la coordination nationale avec la signature entre l'Inserm, le CNRS, le CEA, l'INRA, l'INRIA, l'IRD, l'Institut Pasteur et la Conférence des présidents d'universités (CPU) d'une convention pour la création d'une "alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé".

Cette Alliance nationale est organisée en Instituts thématiques multi-organismes (ITMO) qui sont les organes fonctionnels de la coordination des recherches. Leur rôle consiste à animer, au sein de leur propre communauté scientifique et de leur champ de recherche, la réflexion stratégique, en associant les scientifiques quel que soit leur établissement ou organisme de rattachement.

Ces ITMO reprennent les domaines de recherche des huit instituts thématiques avec l'ajout des instituts "Biologie cellulaire, développement et évolution" et "Bases moléculaires et structurales du vivant" tandis que l'Institut "Génétique et développement" se transforme en "Génétique, génomique et bioinformatique" et l'Institut "Maladies infectieuses" en "Microbiologie et maladies infectieuses".

L'élaboration conjointe de la programmation scientifique et la coordination des actions sera assurée, au sein de l'Alliance nationale, par un Conseil de coordination comprenant les directeurs (ou leurs représentants) des organismes membres, ainsi que ceux des dix Instituts thématiques multi-organismes, et une représentation permanente de la Conférence des Présidents d'Université.

A noter enfin ici que ces ITMO ne disposent pas d'administration propre et s'appuient sur les services administratifs en charge de leur animation. De la même façon, la convention précise que "la participation de scientifiques aux ITMO ne modifie en rien leur appartenance institutionnelle et leurs relations avec leurs organismes respectifs".