



Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947

Robert A. Nye

DANS **LE MOUVEMENT SOCIAL** 2006/1 n^o 214 , PAGES 19 À 36
ÉDITIONS **LA DÉCOUVERTE**

ISSN 0027-2671

DOI 10.3917/lms.214.0019

Date de mise en ligne : 01/11/2006

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-le-mouvement-social1-2006-1-page-19?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour La Découverte.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947

par Robert A. NYE*

La Seconde Guerre mondiale a constitué un tournant majeur dans le développement et la mise en pratique de l'éthique médicale en France dans la période contemporaine. Avant la guerre, aucun régime d'éthique, légal ou informel, n'était appliqué uniformément ni suivi délibérément. Il y avait des divergences importantes sur la nature des obligations des médecins les uns envers les autres, envers leurs patients et envers l'État. Tout ceci changea sous le régime de Vichy. Le 7 octobre 1940, conformément aux idéaux corporatistes du régime, un Ordre des Médecins fut créé. Contrôlé par le gouvernement, il faisait autorité pour les problèmes d'exercice de la médecine, de discipline, ainsi que dans de nombreux domaines de la formation et la pratique médicales. Ce nouvel Ordre fut maintenu après la défaite des Allemands en 1945, mais il fut doté d'une plus grande autonomie, notamment en ayant la charge d'appliquer un code écrit d'éthique professionnelle, fixé par une loi votée en 1947. Pour la première fois dans l'histoire de la médecine française, tous les médecins avaient l'obligation légale de se conformer à un ensemble standard de règles éthiques. Comme nous allons le voir, la transformation des principes éthiques eux-mêmes a pris un peu plus de temps, mais ce fut une évolution capitale de la dimension morale de la pratique médicale française.

Entre la réorganisation de la médecine française pendant la période révolutionnaire et le bref gouvernement du maréchal Pétain, les médecins français n'ont pas disposé d'un ensemble de principes éthiques auxquels ils pouvaient se fier. De fait, si ce mot a un sens, les médecins français n'avaient pas d'éthique du tout, parce que le mot « éthique » n'apparaissait que rarement dans ce qu'on définirait aujourd'hui comme la réflexion et la pratique éthiques. Ceci ne signifie pas que les médecins agissaient sans instructions ni contraintes morales ; la conception morale des professionnels de la médecine était plutôt déterminée par un patchwork de références formelles et informelles qui dépendaient elles-mêmes respectivement d'un certain nombre de développements sociaux, économiques et politiques. On peut regrouper ces références en plusieurs catégories distinctes : 1) un régime de lois criminelles et civiles, ainsi qu'une jurisprudence en évolution ; 2) l'émergence d'une déontologie

* Professeur d'histoire à Oregon State University. Traduction d'Anaïs BOKOBZA.

professionnelle visant à réguler les relations au sein de la profession ; 3) l'intervention de l'État dans le marché médical.

Les transformations à l'intérieur de ces catégories dépendaient d'une série de facteurs socio-économiques et démographiques qui pesaient de manière différente sur les médecins et leurs patients. Le ratio médecin-patient et la densité de la médicalisation, qui a changé tout au long de l'époque contemporaine, ont incité les médecins à adopter des stratégies politiques et déontologiques adaptées à chaque situation. Les bonnes et les mauvaises conjonctures économiques, le nombre de praticiens diplômés des facultés de médecine, tout comme la hiérarchie interne à la médecine française, eurent également une influence sur la façon dont les professionnels de la médecine envisageaient leurs obligations tripartites envers leurs collègues, leurs patients et l'État. Les nouveaux développements de la technologie et la pratique médicales influèrent aussi sur l'aspect moral, mais moins que ce que l'on pourrait penser, même si la période classique de la « pasteurisation » a joué un rôle central en France, comme partout en Occident.

Le statut des médecins dans la société française

Malheureusement pour les professionnels français de la médecine, les transformations socio-économiques et politico-juridiques qui ont structuré leur environnement de travail au fil du temps ont presque complètement échappé à leur contrôle. Ils n'ont pas pu se rassembler et intervenir pour influencer l'État et, divisés entre eux, n'ont pas pu agir en coopération dans leur propre intérêt collectif. La législation révolutionnaire a aboli les anciennes corporations, y compris celles des chirurgiens et des médecins, et a interdit leur résurgence, au nom de la liberté individuelle. À travers le contrôle de la formation médicale et du permis d'exercer, l'État a accordé aux praticiens un monopole de droit sur la pratique de la médecine, fournissant ainsi, au moins en théorie, les fondements légaux pour la poursuite des charlatans, empiriques et autres guérisseurs (1). Mais les législateurs napoléoniens et leurs successeurs ne se sont pas contentés de créer un noyau moins bien formé de praticiens appelés « officiers de santé », qui exerçaient à la campagne avec une rémunération moindre ; ils ont aussi contribué à la formation d'une élite médicale en créant à Paris des comités de grands patrons de médecine pour superviser l'administration de l'hygiène publique, ainsi qu'en fondant une Académie de Médecine qui rassemblait un savoir utile et donnait des conseils politiques aux gouvernements en place (2).

(1) Sur les guérisseurs, voir T. ZELDIN, *Histoire des passions françaises*, t. I, Paris, Éditions Recherches, 1978, p. 39-41, M. RAMSEY, *Professional and Popular Medicine in France*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988 et N. EDELMAN, *Voyantes, guérisseuses et visionnaires en France, 1785-1914*, Paris, Albin Michel, 1995. Sur le code civil, voir R. BADINTER, *Le plus grand bien*, Paris, Fayard, 2004.

(2) G. WEISZ, *The Medical Mandarins : The French Academy of Medicine in the Nineteenth and Early Twentieth Centuries*, New York, Oxford University Press, 1995.

Au-delà de ces obstacles légaux et sociaux à l'organisation collective, les médecins étaient très attirés par un modèle libéral de pratique médicale accordant une grande valeur à l'indépendance du praticien individuel. Comme l'avaient compris les observateurs au XIX^e siècle, la défense de l'autonomie professionnelle représentait à la fois la revendication d'un statut social bourgeois et un article de foi dans la nature sacrée des relations personnelles et financières entre le médecin et ses clients (3). L'action collective avec d'autres médecins avait des relents des tactiques utilisées par les ouvriers privés du droit de vote dont beaucoup craignaient qu'elles n'attirent l'attention et donc l'intervention de l'État. Mais comme dans tous les cas la pratique médicale apportait un revenu à peine suffisant à la majorité des professionnels de la médecine, tout changement menaçant leur indépendance professionnelle était tabou.

La réputation et les revenus des professionnels de la médecine étaient également menacés par la redoutable armée des guérisseurs sans titres qui pullulaient dans les campagnes, faisant concurrence aux médecins pour la clientèle et les tarifs. Si les empiriques, les magnétiseurs, les sages-femmes et les curés guérisseurs constituaient la plus grande menace pour les médecins de campagne, les soins alternatifs étaient bien plus communs, répandus et persistants qu'on ne l'a longtemps cru chez les historiens (4). Les clients de ces « charlatans » n'étaient pas disposés à porter plainte contre eux, même quand un traitement se soldait par un échec. Et les procureurs de ces circonscriptions ne mettaient non plus aucun zèle pour intervenir ; ils déploraient la pratique irrégulière, mais il était difficile de trouver des témoins et les empiriques étaient souvent acquittés dans les procès en cour d'assises (5). Les médecins assumaient eux-mêmes la charge et les coûts des plaintes, mais le succès était loin d'être assuré et la mauvaise publicité qu'ils s'attiraient en entamant une action légale contre des personnalités locales pesait souvent plus lourd que les avantages retirés en écartant un concurrent.

Ainsi, l'État refusait d'aider les praticiens dans les domaines où ils avaient le plus besoin de soutien, mais en même temps il bloquait leur organisation collective. Aucun effort n'était fait pour limiter l'arrivée de médecins fraîchement diplômés sur un marché du travail médical surpeuplé et, au fil du siècle, l'État imposa aux médecins de nouvelles obligations de bien-être et santé publics sans offrir de compensation correspondante. Il n'est pas surprenant que les professionnels de la médecine aient été profondément ambivalents par rapport à l'intervention de l'État dans les affaires médicales. Une partie de la profession était favorable à une plus grande intervention de l'État pour protéger les revenus et les prérogatives des médecins, l'autre préférait défendre à la fois l'individualisme médical et l'autonomie professionnelle plutôt que d'aliéner un tant soit peu la liberté de pratiquer la médecine sans contrainte. Ces

(3) P. LAPIE, « La hiérarchie des professions », *Revue de Paris*, 5, 15 septembre 1905, p. 394 ; P. LAPIE et R. THAMIN, *Extraits des auteurs anciens et modernes*, Paris, Hachette, 1903, p. 62.

(4) M. RAMSEY, « Alternative Medicine in Modern France », *Medical History*, 43, 1999, p. 286-322 ; O. FAURE, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1993, p. 29-41.

(5) J. LÉONARD, « Le corps médical au début de la III^e République », in J. POIRIER et J.-L. POIRIER (dir.), *Médecine et philosophie à la fin du XIX^e siècle*, Paris, Institut de recherche universitaire, 1977, p. 12 ; G. GALÉRANT, *Médecine de campagne. De la Révolution à la Belle Époque*, Paris, Christian de Boutilier, 1990, p. 66.

conflits ont miné la profession jusqu'à ce que Vichy lui impose la « solution » de l'extérieur.

Il y avait cependant une chose sur laquelle tous les praticiens étaient d'accord : leur profession était une profession noble, qui revendiquait depuis longtemps un statut élevé et une utilité sociale ; elle se distinguait des autres professions et métiers par sa mission désintéressée, courageuse et honorable (6). Le sentiment d'identité et d'unité corporative inspiré par cette conviction servait de fondement à la conception morale et à l'orientation pratique qui constituaient l'éthique médicale avant la lettre de la médecine française. En l'absence de soutien des pouvoirs publics ou d'unité interne, cette attitude morale devint le moyen principal par lequel les professionnels de la médecine revendiquèrent et défendirent leurs droits, se distinguèrent de leurs concurrents illégaux et renforcèrent leur revendication d'une protection de l'État. Cet esprit caractéristique de la profession eut aussi des effets positifs pour les patients, mais cette conséquence n'était pas à l'origine de ce qui l'avait inspiré. Dans une très large mesure, l'éthique médicale contemporaine est née d'une conception morale élaborée pour compenser l'impuissance historique de la profession.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'histoire de ces transformations en analysant les catégories interdépendantes mentionnées plus haut. Le code Napoléon a pris effet pendant la première décennie du XIX^e siècle ; ce code et la jurisprudence qui en a découlé ont constitué le cadre légal de la pratique médicale de l'époque contemporaine. Le code prévoyait des sanctions en droit criminel (art. 319 et 320) et en droit civil (art. 1382 et 1383) en cas de dommage personnel et de préjudice, ainsi que la prohibition de l'avortement (art. 317). Ni les patients victimes de praticiens ni le ministère public n'eurent beaucoup recours à ces lois au cours du XIX^e siècle. Ce n'est qu'à partir du XX^e siècle que des cas particulièrement graves de négligence médicale débouchèrent sur des punitions conséquentes ou des arrangements économiques, et il n'est pas fortuit que ceci se soit justement produit au moment où la médecine devenait plus efficace (7).

Mais l'élément du code Napoléon qui affectait principalement les médecins était l'article 378 du code pénal, le fameux secret médical. Indépendamment de ce qu'elle est devenue par la suite, cette mesure visait au départ à assurer aux individus la discrétion des professionnels de la médecine, y compris les pharmaciens et les sages-femmes, qui avaient accès aux détails les plus intimes de leur vie et de leurs finances. La loi s'appliquait particulièrement aux médecins, qui étaient inévitablement au courant de tout ce qui regardait la naissance, la mort, la légitimité, la maladie, la santé physique et la sexualité des époux et épouses potentiels ainsi que des couples mariés (8). Dans une société qui faisait transiter la plus grande partie de la fortune

(6) P. MENIÈRE et C. BROUCHOUD, *De la noblesse des médecins et des avocats en France jusqu'au XVIII^e siècle*, Paris, Imprimerie E. Thunot, 1860, p. 11-21.

(7) R. CARVAIS, « Le microbe et la responsabilité médicale », in C. SALOMON-BAYET (dir.), *Pasteur et la révolution pastorienne*, Paris, Payot, 1986, p. 217-275.

(8) C. MUTEAU, *Du secret professionnel, de son étendue, de la responsabilité qu'il entraîne d'après la loi et la jurisprudence*, Paris, Maresq Ainé, 1870, p. 245-249. T. ZELDIN, *Histoire...*, op. cit., p. 46. L. MURARD et P. ZYLBERMAN, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996, p. 304-312.

personnelle par les liens de sang, le médecin était un observateur privilégié des faits biologiques qui étaient à la base de la transmission des biens et de la réputation des familles.

A leur crédit, les professionnels de la médecine ont eu le bon sens, avec le temps, de transformer cette contrainte légale en une obligation morale aux répercussions positives pour eux. Ce qui avait débuté comme une sanction devint non seulement une vertu propre aux médecins, mais aussi la pierre angulaire des relations de confiance entre médecin et patient, et donc la source de l'autorité médicale même (9). L'auto-contrainte et la discrétion imposées aux médecins par la loi sont devenues un aspect du caractère médical, facilitant le processus par lequel le médecin a remplacé le curé en tant que gardien des secrets et de l'honneur des familles au XIX^e siècle (10). Comme l'a formulé en 1841 l'un des auteurs des « physiologies » populaires de la vie professionnelle, au fur et à mesure que le prestige de la prêtrise décline, « le médecin est le dépositaire forcé des mystères de l'alcôve, du boudoir et des affections intimes. Confident obligé de toutes les faiblesses, il élève sa profession en sauvant l'honneur des familles. Le secret de la confession est devenu celui de la médecine » (11).

Les juristes ont précisément mis en évidence cette évolution, récusant les affirmations de certains auteurs du milieu médical selon lesquelles c'était la discrétion médicale préexistante qui avait incité à l'adoption de la loi et non pas le contraire (12). En fait, l'engagement éthique des médecins au secret médical découlerait plutôt de la jurisprudence sur l'article 378 au cours du XIX^e siècle, dans la mesure où les médecins ont intégré la sanction dans leur pratique professionnelle. Comme l'a écrit Émile Garçon, à la fin du XIX^e siècle la loi s'était étendue à un intérêt social et général qui dépassait l'intention première du législateur napoléonien. Le but de la loi était « moins de protéger la confiance d'un particulier que de garantir un devoir professionnel indispensable à tous. Ce secret est donc absolu et d'ordre public » (13). Des critiques ont prétendu récemment que le secret médical a plus servi à couvrir des supercheries médicales qu'à protéger les patients, mais personne n'a nié l'évolution de la signification sociale du secret médical, passé de la sanction légale au devoir moral (14).

A la fin du XIX^e siècle, les médecins appréciaient pleinement les avantages moraux qu'il y avait à respecter à la lettre le secret médical, à tel point qu'ils montraient même des réticences à le contourner pour des initiatives importantes de santé publique. Les lois sur l'hygiène publique de 1892 et 1902 impliquaient un contrôle médical spécifique des victimes de différentes maladies contagieuses (15). Les médecins avaient l'habitude de révéler ces informations en temps de peste, mais les nouvelles lois étaient censées s'appliquer aux contacts médicaux quotidiens et une

(9) R. VILLEY, *Histoire du secret médical*, Paris, Seghers, 1986, p. 7-8.

(10) C. MUTEAU, *Du secret professionnel*, op. cit., p. XIV.

(11) L. ROUX, *Les gens de médecine* [1841], Paris, Les Éditions Errance, 1982, p. 8.

(12) D. THOUVENIN, *Le secret médical et l'information du malade*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1982, p. 11.

(13) E. GARÇON, *Le code pénal annoté*, nouv. édition, Paris, Sirey, 1956, p. 516-517.

(14) E. HULOT-PIÉTRI, *La médecine malgré elle*, Paris, L'Harmattan, 1989, p. 18.

(15) Sur l'hygiène publique, voir L. MURARD et P. ZYLBERMAN, *L'hygiène dans la République*, op. cit.

quantité de médecins y résistèrent bec et ongles. Certains refusèrent totalement de s'y conformer ; leur résistance obstinée fut partiellement responsable du fait qu'il n'y eut pas de rapport sur les maladies vénériennes et la tuberculose, qui à l'époque étaient considérées comme des afflictions potentiellement héréditaires et de toutes façons « honteuses » (16). Avant même la Première Guerre mondiale et pendant une bonne partie de l'entre-deux guerres, le secret médical a servi de base pour l'opposition à l'assurance au tiers par les organismes gouvernementaux, dans la mesure où ceux-ci assuraient le remboursement sous condition de décrire les conditions des soins (17).

Il semble probable qu'à l'aube du XX^e siècle le secret médical ait été aussi utile pour défendre les intérêts professionnels que pour protéger la confidentialité des patients. Ceci peut expliquer pourquoi la jurisprudence de 1885 qui rendait les médecins responsables du secret médical même quand il n'y avait eu aucune intention de le trahir fut chaleureusement accueillie par les professionnels (18). Néanmoins il est certain que l'obligation de se tenir au secret médical a stimulé chez les praticiens une réflexion éthique, certes, nettement défensive, voire négative. L'une des questions les plus discutées était de savoir si un médecin était obligé de cacher à une future épouse que celui qui allait devenir son mari était atteint d'une infection vénérienne. Les jusqu'au-boutistes refusaient tout compromis, d'autres suggéraient des mises en garde vagues ou allusives et un grand nombre pensait qu'il était justifié de prévenir les futurs époux de tels dangers, mais pas les futures épouses (19).

Le secret médical connut une gloire éphémère entre 1940 et 1945 quand il servit de justification pour résister aux Allemands et aux vichystes qui demandaient de dénoncer les traîtres, mais aujourd'hui le secret doit être, selon la loi, « partagé » avec les agents de santé publique, et les exceptions sont rares (20). Malgré cette disposition, il est toujours considéré comme la pierre angulaire éthique de la pratique médicale, comme en a témoigné l'ordonnance du tribunal qui a interdit la publication d'un livre sur les circonstances confidentielles de la mort du président Mitterrand par son médecin personnel, Claude Gubler, en 1996. Vu l'attitude réciproque de laisser-faire qui prévalait entre la médecine et l'État en France jusqu'en 1940, il serait exagéré de dire que l'État a activement contribué à définir l'éthique de la profession, mais la structure légale mise en place pendant la première décennie du XIX^e siècle a quand même fourni un cadre de consignes et de pénalités qui a orienté les médecins dans leur interaction quotidienne avec le public.

(16) R. VILLEY, *Histoire du secret médical*, op. cit., p. 84-89.

(17) E.-H. PERREAU, *Éléments de jurisprudence médicale à l'usage des médecins*, Paris, Librairie de droit, 1905, p. 1-3 ; R. VILLEY, *Histoire du secret médical*, op. cit., p. 93-94.

(18) P. BROUARDEL, *La profession médicale au commencement du XX^e siècle*, Paris, Baillière, 1903, p. 15-28.

(19) P. BROUARDEL, *Le Secret médical*, 2^e éd., Paris, Baillière, 1893, p. 42-63 ; J. HARSIN, « Syphilis, Wives and Physicians : Medical Ethics and the Family in Nineteenth-Century French Medicine », *French Historical Studies*, 16 #1, Printemps 1989, p. 72-95.

(20) L. PORTES, *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, PUF, 1954, p. 131-154 ; sur la résistance médicale en 1944 et le secret médical voir A. SIMONIN, « Le Comité Médical de la Résistance : un succès différé », *Le Mouvement Social*, juillet-septembre 1997, p. 174-175.

Déontologie et honneur médical

La catégorie la plus importante pour la pratique morale des médecins français a peut-être été la déontologie professionnelle. Ce mot, pour ne pas dire ce concept, est une invention du philosophe britannique Jeremy Bentham qui signifie littéralement « science des devoirs ». Historiquement, la déontologie a peu intégré la métaphysique et a essentiellement consisté en des lois gouvernant la conduite professionnelle. Ce concept a eu un grand succès en France ; et même aujourd'hui, à l'heure de l'éthique médicale, la déontologie est considérée par de nombreux médecins comme un guide du comportement professionnel plus fiable que la casuistique éthique (21). L'Ordre des Médecins actuel a la responsabilité d'appliquer un ensemble statutaire de règles déontologiques et son Conseil a le pouvoir de punir et exclure les transgresseurs, mais en réalité le code sert aussi de protection légale à ceux qui le respectent avec une honnêteté scrupuleuse.

Bien qu'on pense généralement aux règles comme écrites, aucune règle déontologique ne fut publiée en France avant les années 1840. La plupart d'entre elles étaient partielles, locales et volontaires, et ne concernaient presque que les relations internes à la profession. Celles qui ont eu le plus de succès régulaient géographiquement des populations distinctes de professionnels, mais elles étaient souvent gonflées de rhétorique et constituaient des modèles inapplicables de comportement idéal. Bien sûr, les diplômés de certaines facultés de médecine prêtaient un serment les obligeant apparemment à la bonne conduite, mais jusqu'au ^{xx} siècle seul le serment des diplômés de la faculté de Montpellier était réglé sur le serment d'Hippocrate et promettait, essentiellement, de « ne pas blesser ». En 1936 certaines des facultés les plus récentes n'avaient toujours pas instauré de serment (22).

Les serments d'allégeance et les codes qui ont régi les relations interpersonnelles appartiennent tous à une tradition bien plus ancienne de la culture orale qui remonte au Moyen Âge européen. Ils ont pour origine les serments de fidélité et les codes d'honneur qui plaçaient les aristocrates dans un ordre corporatif hiérarchique, souvent militaire, dans lequel néanmoins ils étaient aussi des pairs (23). Les membres des guildes et des professions libres dans les villes du Moyen Âge et du début de l'époque moderne réglaient leurs relations internes sur ces mêmes codes, bien que n'ayant pas aussi fréquemment recours que leurs supérieurs nobles au point d'honneur pour résoudre leurs différences (24). La garantie ultime de bonne conduite corporative était l'honneur personnel d'un homme, qui le poussait à agir convenablement et à éviter la honte. Ainsi, une compagnie de gentilshommes

(21) J.-P. ALMERAS et H. PÉQUIGNOT, *La Déontologie médicale*, Paris, Litec, 1996, p. 1-3.

(22) L. DULIEU, *La Médecine à Montpellier*, t. IV, Paris, Presses Universelles, 1988, p. 134-136.

(23) K. NEUSCHEL, *Word of Honor : Interpreting Noble Culture in Sixteenth-Century France*, Ithaca, Cornell University Press, 1989, p. 17-19 ; R. NYE, *Masculinity and Male Codes of Honor in Modern France*, New York, Oxford University Press, 1993, p. 23-26.

(24) B. LEFEBVRE, « L'argent et le secret : dégradations et recompositions », in M. GAUTHERON (dir.), *L'honneur : l'image de soi ou don de soi*, Paris, Éditions Autrement, 1991, p. 142-147.

honorables n'avait pas besoin de règles écrites ni de conseils de discipline parce qu'ils avaient la conviction que la probité, marque de l'étiquette de la sociabilité masculine, ainsi que le sentiment de loyauté, étaient naturels pour le genre d'hommes qui étaient déjà, ou qui étaient destinés à devenir, des leurs (25).

L'abolition des privilèges de la noblesse en 1789 et la fin des corporations médiévales, y compris celles des chirurgiens et des médecins, ne mirent pas pour autant un terme à ces pratiques ; elles plantèrent de nouvelles racines dans le sol égalitaire de la vie sociale bourgeoise sous forme de cercles, de clubs et d'associations commerçantes et professionnelles unissant des hommes qui partagent les mêmes intérêts éducatifs et professionnels. L'honneur était moins concentré dans ces nouvelles juridictions, mais on n'exigeait pas moins de chacun que son comportement soit à la hauteur de standards qui ne déshonorent pas le groupe (26). Certains de ces groupes adoptèrent des statuts écrits pour réguler les admissions et établir des buts, mais dans lesquels des injonctions spécifiques autres que l'obligation pour les membres d'observer les « règles d'honneur » dans leurs relations les uns avec les autres faisaient généralement défaut (27). La première déontologie médicale naquit d'un cosmos social similaire.

Il fallut une crise pour conduire les médecins, qui n'avaient ni associations ni unité, aux premières étapes hésitantes de la construction d'un code des devoirs professionnels. Cette crise débuta dans les années 1840 sous la forme d'une préoccupation croissante concernant la surabondance de personnel médical, l'augmentation de la concurrence pour avoir des patients et la diminution des honoraires professionnels. Une partie de l'élan qui sous-tendait ces préoccupations vint des médecins de ville ; le taux des diplômés de médecine par rapport à la population était bien plus faible dans les campagnes (28). Les cibles principales de préoccupation étaient les praticiens illégaux et les officiers de santé, ces praticiens para-médicaux créés pendant la période post-révolutionnaire.

Sur l'insistance d'un groupe de médecins parisiens mené par le praticien et rédacteur médical Amédée Latour, un congrès médical fut convoqué à Paris en 1845. Les organisateurs comprirent qu'ils devaient présenter leurs préoccupations professionnelles concernant la concurrence médicale d'une manière qui mette en valeur la nature charitable et désintéressée de leur travail ; ils ajoutèrent donc à leurs revendications des assertions sur le respect du secret médical, un engagement à soigner gratuitement les pauvres ainsi que le comportement héroïque des médecins en

(25) R. NYE, « Honor Codes and Medical Ethics in Modern France », *Bulletin of the History of Medicine*, 69, 1995, p. 98-100.

(26) W. REDDY, *The Invisible Code : Honor and Sentiment in Postrevolutionary France, 1814-1848*, Berkeley, University of California Press, 1997 ; C. HARRISON, *The Bourgeois Citizen in Nineteenth-Century France : Gender, Sociability and the Uses of Emulation*, Oxford, Oxford University Press, 1999 ; R. NYE, *Masculinity...*, op. cit.

(27) M. AGULHON, *Le Cercle dans la France bourgeoise, 1810-1848 : étude d'une mutation de sociabilité*, Paris, A. Colin, 1977, p. 40.

(28) G. SUSSMAN, « The Glut of Doctors in Mid Nineteenth-Century France », *Comparative Studies in Society and History*, 19, 1977, p. 287-304 ; G. WEISZ, « The Politics of Medical Professionalization in France, 1845-48 », *Journal of Social History*, 12, 1979, p. 3-30.

période de peste (29). Les buts principaux du congrès étaient de recommander que le gouvernement élimine les officiers de santé et facilite l'organisation de conseils de discipline régionaux. Entièrement gérés par des médecins locaux, les conseils visaient à attirer l'attention des autorités sur les charlatans et les praticiens illégaux et à réguler le comportement privé et professionnel des médecins, assurant ainsi « la sauvegarde de la dignité médicale » (30). Le projet de loi qui émergea pour pallier cette crise ne fut pas bien reçu et de toutes façons il sombra dans les contrecoups de la révolution de 1848. Cependant l'expérience poussa les plus résolus des médecins à concevoir d'autres projets d'organisation et à développer une déontologie capable d'obtenir plus d'ordre et de discipline, et donc un plus grand respect du public pour la pratique médicale.

Sur ces bases, une Association Générale des Médecins de France (AGMF) fut formée en 1858 à l'instigation de Latour et d'autres. Sa portée légale était limitée et son activité confinée essentiellement aux secours mutuels, mais en quelques années la majorité des praticiens français s'y étaient inscrits. Dans les années suivantes une vague de publications médicales – *L'Union médicale*, *Le Progrès médical* et *Le Concours médical* – très concernées par les questions de déontologie vit le jour (31). Le traité médical le plus important paru pendant cette période trouble fut la *Déontologie médicale* de Max Simon, le premier livre à développer le concept de Bentham dans un contexte professionnel particulier. Malgré cette filiation, la pensée de Simon devait bien moins à Bentham et à la tradition utilitariste française qu'à une conception éthique inspirée par un romantisme social chrétien propre à cette période.

L'ouvrage de Simon était presque entièrement *sui generis* ; il était né dans des circonstances uniques et n'eut pas de successeur direct en France. Dans sa fervente générosité envers les « misérables » de la société, Simon parlait de l'« apostolat magnifique » de la médecine, invoquait l'exemple du Christ comme guérisseur et source de réconfort, et conseillait aux médecins de suivre les injonctions chrétiennes à pratiquer la charité envers les pauvres (32). En tant qu'adepte de la « médecine des passions » très en vogue à cette époque, Simon croyait que l'état mental pouvait influencer positivement ou négativement la maladie et que les convictions optimistes et la présence réconfortante du médecin pouvaient avoir un effet bénéfique (33). Il déplorait le scepticisme courant envers des médecins perçus comme cupides et inefficaces et prévenait ses collègues que seuls la générosité exemplaire, le courage et la compassion pouvaient rétablir leur réputation en tant que soignants. Il ne pouvait pas y avoir, écrivait-il, d'« aristocratie de douleur » dans une démocratie de la souffrance.

(29) P. GUILLAUME, *Le Rôle social du médecin depuis deux siècles, 1880-1945*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996, p. 49-55.

(30) G. WEISZ, « The Politics of Medical Professionalization », *art. cit.*, p. 11.

(31) J. LÉONARD, *La Médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier, 1981, p. 195-201. T. ZELDIN, *Histoire...*, *op. cit.*, p. 47.

(32) M. SIMON, *Déontologie médicale ou les devoirs et les droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation*, Paris, Baillière, 1845, p. 4, 10, 29, 257.

(33) *Ibid.*, p. 205-221.

Selon Simon, le bon caractère du médecin l'aidait à résister à toutes les tentations et à respecter les secrets de famille. Il s'inquiétait du matérialisme de l'argent et de la science qui pouvait miner l'aspect sacramentel des devoirs du praticien envers la société, les patients et ses pairs, mais il avait confiance en la prudence, la persévérance et la sympathie qui suffisaient pour protéger chaque médecin et la réputation de la profession dans son ensemble contre la calomnie et le scepticisme. Le point de vue catholique de Simon lui inspira des positions contre les traitements expérimentaux radicaux, l'euthanasie, l'avortement et les mariages contractés uniquement pour satisfaire à la passion (34). La conception éthique d'orientation religieuse qui ressort de ce texte extraordinaire s'effrita au cours des quarante années qui ont suivi, à mesure que les médecins français ont été gagnés par la vision du monde matérialiste et anticlérical caractéristique de cette époque, mais beaucoup des principes du livre de Simon ont été perpétués dans le nouveau discours humaniste laïc.

Il y eut quelques autres écrits éthiques jusqu'aux années 1880, au moment où déferla une « seconde vague » de déontologies. Le texte qui fit le plus autorité fut le long article publié par Amédée Dechambre dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, l'ouvrage de référence de l'époque. La déontologie, écrivait-il, est un ensemble de devoirs et de droits, mais ceux-ci trouvent inévitablement leurs fondements dans les qualités personnelles des praticiens médicaux, et même dans leur caractère d'« hommes d'honneur ». Les tâches délicates et les lourdes responsabilités des médecins nécessitent une honnêteté personnelle mais aussi une volonté de « braver les dégoûts et les fatigues, de risquer sa vie pour le salut de ses semblables » (35). La réputation d'honnêteté et de discrétion d'un médecin, ses habitudes personnelles et sa modestie sont cruciales, selon Dechambre, pour forger avec les patients des relations de confiance qui jouent ensuite un rôle important dans la cure thérapeutique. Comme la plupart de ses pairs, Dechambre était convaincu que les chances de guérison d'un patient dépendaient de l'autorité naturelle du médecin, et il allait jusqu'à suggérer que des études supérieures, y compris en latin et en grec, complétaient superbement son savoir-faire scientifique (36). La discrétion, l'honneur et la distinction personnelle d'un médecin non seulement attiraient les clients, mais aussi servaient à marquer la différence avec les charlatans et les escrocs, et amélioraient la réputation et la solidarité de toute la profession. Le caractère était donc le fondement d'une pratique médicale individuelle réussie et de la prospérité de la médecine en général.

Mais Dechambre doutait qu'un caractère honorable puisse être enseigné par les seuls codes. Ce qu'il fallait, déclarait-il, c'était une forme de discipline collective qui aurait pour effet de moraliser la profession. Il était sensible au dégoût que nombre de ses collègues avaient pour toute action collective nuisant aux principes de la libre pratique, mais il pensait que les associations médicales locales impuissantes n'étaient pas à la hauteur de la tâche ; il fallait des conseils de discipline ou des commissions

(34) *Ibid.*, p. 336-338, 453, 472.

(35) A. DECHAMBRE, « Déontologie », in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, Masson, Asselin et Houzeau, Première Série, 1882, p. 481, 488-489.

(36) *Ibid.*, p. 504-505.

de surveillance pour défendre « la citadelle de la santé publique » en réprimant les défauts de « dignité et honorabilité professionnelle » qui minaient la confiance des patients envers les médecins. Si la « noblesse » de la profession consistait dans le courage viril et la correction morale des professionnels, alors les médecins eux-mêmes devaient assumer leurs responsabilités pour éliminer leurs confrères faibles et immoraux (37).

Dechambre donnait aussi des conseils spécifiques sur les clients, les honoraires et les relations au sein de la profession. Il avait peu de bien à dire des clients. Nous sommes encore très loin des notions actuelles de droits du patient et de respect dû à la personnalité humaine. Selon Dechambre, les patients étaient sceptiques face à l'art de la médecine mais facilement dupés par des charlatans astucieux. Ils étaient pleins de préjugés, ignorants des processus naturels et enclins à se donner à la miséricorde divine ou à des cures religieuses. Doutant du succès au début du traitement, ils étaient ingrats et mesquins après avoir totalement guéri. Les médecins devaient apprendre l'indulgence envers leurs clients rageusement passionnés, moqueurs, hypocondriaques, tire-au-flanc et faibles face au handicap ou à la mort (38).

Les conseils de Dechambre par rapport aux relations collégiales concernaient surtout les questions des antécédents médicaux, le protocole des consultations et l'encaissement des règlements, les justes honoraires à facturer pour les services médicaux et le problème de la critique de l'opinion médicale des collègues. Dans toutes ces considérations, le droit du patient à abandonner ou changer de praticien était parfaitement respecté ; le médecin qui était remplacé devait s'écarter en silence et ne pas critiquer après-coup son successeur. Par ailleurs, les consultations entre collègues ne devaient jamais se dérouler en présence du patient, mentir au patient pour son bien était passible de punition, et tout médecin conservait le droit de refuser un patient non coopératif ou capricieux s'il voulait. Dans son texte Dechambre s'étendait longuement sur ces questions, comme dans la plupart des autres déontologies du XIX^e siècle sur le protocole pour démarrer ou quitter une pratique, éviter d'avoir l'air de débaucher les patients d'un collègue et s'abstenir de faire de la publicité ou de la propagande médicale (39). Dechambre était pointilleux sur l'obligation pour les médecins de respecter le secret médical et de refuser l'avortement, mais il ne s'attachait pas beaucoup sur ce qui était défendu par la loi.

La crise professionnelle de la fin du siècle

Entre 1880 et 1905 la pratique médicale connut de nombreuses transformations, dont la plupart confortèrent parmi les professionnels de la médecine la volonté de s'organiser et d'instituer une auto-régulation. Plusieurs textes législatifs sur la

(37) *Ibid.*, p. 520-524.

(38) *Ibid.*, p. 541-559.

(39) *Ibid.*, p. 560-575.

protection sociale, qui aboutirent à la loi de 1902, rendirent obligatoire un nombre sans précédent de traitements médicaux non volontaires, d'inspections et de certifications, qui étaient très mal rémunérés. La croissance rapide des mutuelles (deux millions de membres en 1900) et la médecine du travail opposèrent aux médecins d'énormes collectivités capables de négocier des honoraires plus bas pour leurs clients (40). En 1892 une loi leur procura un soulagement conséquent en abolissant finalement les officiers de santé, mais des vagues d'inscription dans les facultés de médecine à la fin du siècle et la création de quatre institutions assurant l'obtention du diplôme atténuèrent vite les effets de cette mesure. En 1889, 590 diplômes avaient été décernés, en 1901 le nombre atteignait 1152 ; selon Paul Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, 5000 étudiants y étaient inscrits en 1902 (41).

Les médecins étaient loin d'être unis dans leurs réponses à ces nouvelles conditions de pratique. Ceux qui faisaient partie de l'élite médicale, essentiellement regroupée à Paris, avaient des clients qui payaient bien, leurs propres cabinets de consultation et des relations officielles. Les jeunes médecins étaient souvent obligés de prendre des postes salariés dans les mutuelles ou comme médecins du travail. Entre ces deux extrêmes, la masse des praticiens constatait que les revenus médicaux avaient stagné au niveau où ils étaient déjà en 1850, c'est-à-dire à peine plus que les rentrées moyennes d'un petit patron (42) ; c'était ce groupe qui constituait le terrain de recrutement le plus fertile pour les organisations et l'activisme médicaux pendant cette période. Une nouvelle organisation syndicale, l'Union des Syndicats Médicaux, fut créée par le Dr. Auguste Cézilly en 1881. Cette fédération regroupa les associations locales et départementales de toute la France, obtint en 1892 le droit de s'engager dans des négociations légales avec des assureurs et avec l'État, et en 1910 plus de 50 % des 20 000 médecins français s'y étaient inscrits (43).

Déontologie et syndicalisation médicale

L'explosion de la syndicalisation médicale coïncida avec une sorte d'âge d'or des écrits et du débat déontologiques. Un grand congrès de déontologie eut lieu à Paris en 1900 où les doléances de la profession furent clairement exprimées. La concurrence des médecins fraîchement diplômés ou immigrés en France, mais aussi des femmes récemment diplômées, avait intensifié la « lutte pour la vie » des

(40) P. GUILLAUME, *Le Rôle social du médecin*, op. cit., p. 106-113.

(41) P. BROUARDEL, *La Profession médicale...*, op. cit., p. 14 ; M. HILDRETH, *Doctors, Bureaucrats and Public Health in France, 1888-1902*, New York, Garland, 1987, p. 56.

(42) V. D'AVENEL, « Les riches depuis sept cents ans. Honoraires des professions libérales : médecins et chirurgiens », *Revue des deux mondes*, 37, janvier 1907, p. 117-148 ; J. CUCARULL, « Les médecins et l'assistance médicale gratuite, 1893-1914. L'exemple de l'Ille-et-Vilaine », *Le Mouvement Social*, octobre-décembre 1992, p. 67-82.

(43) P. GUILLAUME, *Le Rôle social du médecin*, op. cit., p. 120.

médecins, et tous les intervenants demandèrent une instance régulatrice de la médecine, à l'instar de l'Ordre des avocats, qui protégerait l'honneur de la profession en traitant tous les médecins comme des pairs soumis à la même discipline. C'est aussi à ce moment-là que le principe du droit du patient à choisir son propre médecin devint un article de foi auquel pouvait souscrire la majorité des praticiens – qui étaient de plus en plus confrontés à la menace de la bureaucratie et de l'assurance au tiers (44).

Au niveau pratique, les syndicats locaux entreprirent eux-mêmes de discipliner la profession médicale dans leurs régions. Il existe des archives des statuts déontologiques que certains d'entre eux adoptèrent, encourageant les membres à être « loyaux » et « courtois » les uns envers les autres et proclamant leur engagement au « culte de dignité professionnelle ». Bien que les syndicats n'eussent aucun pouvoir de discipliner les non-membres et seulement des pouvoirs limités sur leurs propres syndiqués, ils se réservaient le droit d'exclure ceux qui transgressaient les règles déontologiques ou adoptaient un comportement douteux et poussaient à l'évitement collectif (45). On peut résumer la conception émanant des codes comme l'application de la règle « Ne faites pas à votre confrère ce que vous ne voudriez pas qu'il vous fasse », mais ils visaient aussi l'ingérence de l'État en faisant naître des doutes sur la bienséance de la médecine salariée et les tarifs fixés par un tiers (46).

Cette déontologie concise était fondée sur un large corpus de longs traités produits durant cette période d'effervescence organisationnelle. Les auteurs médicaux présentaient généralement leur déontologie comme nécessaire à la profession et accessoirement utile aux patients. La courtoisie, le respect du secret médical et la reconnaissance d'une préséance « naturelle » de rang ou d'âge entre les consultants garantissaient un chemin discret et ordonné vers le diagnostic et le traitement. La résistance à la médecine « collective » et l'engagement « loyal » à la juste concurrence protégeait la liberté totale de choix du patient, et la solidarité de la profession contre la médecine illégale et la faute professionnelle minimisait les dangers de soins dangereux (47).

La droiture, le courage et l'honneur étaient toujours présentés comme les éléments les plus importants d'une pratique médicale efficace (48). Ces qualités principalement masculines servaient aussi à distinguer les hommes français des femmes et des étrangers, et peut-être tout particulièrement des Juifs, à qui manquaient, selon un auteur, « ce sentiment chevaleresque, cette générosité native, ce désintéressement

(44) *Compte rendu de la première session du congrès international de médecine professionnelle*, Paris, Masson, 1900, p. 181, 358, 631.

(45) R. NYE, « Honor Codes... », *art. cit.*, p. 104-105.

(46) Syndicat médical de Lille et de la région, *Œuvres de défense et de prévoyance professionnelles*, Lille, 1903, p. 17, 25-26.

(47) L. CASSINE, *Le Médecin dans la société actuelle*, Saint-Quentin, Baudry-Baudry, 1896, p. 36-56 ; J. GRASSET, *Principes fondamentaux de la déontologie médicale*, Paris, Masson, 1901, p. 11-12.

(48) J. GRELLETTRY, *L'Héroïsme médical*, Mâcon, Protat Frères, 1900 ; Dr. PERRON, *De l'honnêteté professionnelle*, Besançon, Millot Frères, 1888, p. 1-3 ; E. JUHEL-RENOY, *Vie professionnelle et devoirs du médecin*, Paris, Doin, 1892, p. 33-66.

universellement commun, cette bienveillance inépuisable, qualités éminemment françaises, mais peu compatibles avec les exigences matérielles de la vie moderne et avec la lutte pour l'existence, tous les jours plus ardente » (49). Le caractère du médecin devait transcender à la fois la loi et la moralité pour atteindre la certitude et l'intuitivité de la foi qui n'était pas très différente de la religion elle-même (50). Par conséquent, la déontologie de l'époque était sceptique sur les vertus du cursus « scientifique » moderne introduit vers le début du siècle. Le cursus classique formait le caractère de manière plus sûre car, comme l'écrivit Joseph Grasset en 1901, « on peut toujours contester la valeur scientifique d'un médecin, on ne doit jamais pouvoir discuter sa valeur morale. Nous devons toujours partir du principe que nous sommes tous absolument égaux sur ce terrain, par définition » (51). Le nationalisme médical et l'anti-modernisme de la médecine française de l'entre-deux-guerres sont clairement préfigurés ici (52).

L'USMF dura jusqu'en 1929, date à laquelle elle se transforma en Confédération des Syndicats Médicaux Français. Cette réorganisation fut motivée par des préoccupations incessantes concernant la surpopulation médicale, une augmentation des cas gênants d'escroquerie à l'assurance médicale et le nombre croissant de médecins étrangers ayant obtenu un diplôme de médecine français et exerçant en France ou ayant été naturalisés. La nouvelle organisation se consacra à nouveau à la « Charte Médicale » syndicaliste de 1927 qui avait affirmé son soutien à la pratique « libérale » de la médecine. En 1930 la Confédération pouvait se vanter de compter environ 80 % des professionnels français de la médecine parmi ses membres, et sa direction poussait à une plus grande centralisation pour assurer la réalisation de ses objectifs. Cependant la base des adhérents n'était guère favorable à la constitution d'un appareil disciplinaire centralisé. Les praticiens locaux ne voulaient pas que l'élite médicale parisienne critique leur comportement éthique, ni leur impose un ensemble de règles déontologiques qui s'accordaient mal avec les conditions d'exercice de la médecine provinciale.

En 1929, les membres de la CSMF découvrirent dans la publication de l'organisation, *Médecin de France*, l'initiative du gouvernement Poincaré de subventionner un Ordre des médecins, à condition que la Confédération réussisse à se mettre d'accord sur un projet. La revue assurait à ses lecteurs qu'ils n'avaient rien à craindre de la surveillance « confraternelle » de leurs pairs ; au contraire, en s'engageant dans un grand travail de « moralité professionnelle et sociale », la profession pourrait mettre fin une fois pour toutes aux scandales provoqués par les fausses assurances et les révélations du secret médical par un tiers, et ainsi le régime sacré des relations médecin-patient pourrait être restauré (53). Ce n'était pas le « médecin français » qui était dans son tort, mais « l'invasion des étrangers qui couvrent peu à peu le sol

(49) Dr. PEINARD, *La Profession de médecin*, Paris, Société des éditions scientifiques, 1894, p. 24.

(50) L. CASSINE, *Le Médecin dans la société actuelle*, op. cit., p. 63 ; G. MORACHE, *La Profession médicale. Ses devoirs, ses droits*, Paris, Alcan, 1901, p. 154.

(51) J. GRASSET, *Principes fondamentaux de la déontologie médicale*, op. cit., p. 21.

(52) P. GUILLAUME, *Le Rôle social du médecin*, op. cit., p. 126.

(53) *Médecin de France*, 1^{er} mars 1929, p. 140.

français » (54) ; un Ordre des Médecins aurait la capacité de régler ceci, ainsi que les autres problèmes de déontologie.

Quelques semaines plus tard Paul Cibrie, directeur de longue date de *Médecin de France*, présenta un projet. L'Ordre aurait le pouvoir d'inscrire et réinscrire les médecins dans un registre officiel de tous les praticiens français. L'organisation serait départementale et électorale, avec la possibilité de mettre en place des conseils régionaux. Les conseils départementaux résoudre les conflits professionnels, arbitraient les disputes entre médecins et tiers (patients et assureurs) et s'occuperaient des infractions à la déontologie. Le projet garantissait une totale autonomie médicale, l'absence totale de propagande sur les procédures et la certitude qu'aucune base ne serait fournie pour une intervention de l'État. Tandis qu'un projet de loi cheminait lentement à la Chambre des députés, une autre loi fut amendée pour donner un rôle plus large au gouvernement, incluant notamment la désignation des magistrats dans les cours d'appel régionales (55). Pendant ce temps, la commission installée par la Confédération pour écrire une déontologie se heurta à la résistance de nombreux médecins face à certaines injonctions qu'ils jugeaient trop spécifiques et à certaines sanctions trop sévères et gérées trop loin des instances locales. La CSMF ne parvint jamais à résoudre les contradictions entre l'indépendance féroce des praticiens de base et le besoin d'un code uniforme ayant force de loi. Le projet de loi instaurant un Ordre des médecins s'écroula à la Chambre des députés et la Confédération adopta d'autres solutions législatives à ses problèmes (56).

Mais cet échec n'était pas incompatible avec la publication d'une déontologie qui était soutenue par l'ensemble des membres ni avec la continuation d'une tradition d'auto-régulation déontologique locale. En 1936 la Confédération publia un Code de Déontologie, premier document dans l'histoire de la médecine française à formuler les préoccupations éthiques et pratiques de la majorité de la profession. Il n'avait aucune valeur légale autre que celle de « juridiction professionnelle », mais il incluait avec succès à la fois des traditions propres à la profession de longue date et des préoccupations récentes, et il n'était ni trop détaillé ni trop abstrait pour servir de guide au praticien moyen. En tant qu'ancêtre direct du premier code officiel de l'Ordre des médecins en 1947, ce code mérite qu'on s'y attarde.

Il comprenait cinquante-deux articles, divisés en devoirs généraux, devoirs envers les patients, les collectivités et les collègues, et une section finale sur les honnaires. L'article premier établissait le principe que les médecins devaient faire preuve d'honneur et de dignité dans leur vie privée et professionnelle et respecter « l'honneur et la dignité du corps médical », et l'article 2 affirmait la responsabilité individuelle et l'indépendance de tout praticien (57). Ces principes fondamentaux étaient étayés par des mises en garde contre la propagande, les faux titres, les cures non testées et autres tactiques figurant dans l'arsenal de la charlatanerie. Une section innovante du code

(54) *Médecin de France*, 15 mars 1929, p. 169.

(55) P. CIBRIE, *Médecin de France*, 15 mars 1932, p. 259-261.

(56) D. ELVETH, « Vichy France and the Continuity of Medical Nationalism », *Social History of Medicine*, 8 #1, 1995, p. 96-100.

(57) *Médecin de France*, 12 octobre 1936, p. 947.

proclamait le respect pour « la personne humaine » et informait des dangers de l'expérimentation sur les patients ; pour le reste, il adoptait les injonctions habituelles contre les visites trop rares ou trop fréquentes aux malades, prônait le respect rigoureux de la confidentialité et la liberté totale pour le patient de choisir son médecin (58).

La section sur les collectivités visait à garantir l'indépendance des secrets médicaux du médecin et du patient envers les mutuelles, les assureurs ou les devoirs de l'inspection médicale, mais il est clair que ces justifications avaient pour but de décourager les médecins d'accepter d'être payés par une collectivité, ce qui aurait eu pour effet de faire baisser les honoraires médicaux pour tous les praticiens. La longue section sur les honoraires était également très ferme sur les dangers de casser les tarifs des collègues ou d'accepter moins que le minimum décrété par le syndicat médical local (59). Bien plus tard, le professeur Jean Bernard se rappelait les années 1920 comme une période où les préoccupations médicales ne concernaient que l'argent (60). Enfin, et ceci n'est pas surprenant, la section sur les devoirs confraternels, la plus longue et la plus rattachée aux traditions anciennes, mettait en évidence un ensemble de références d'étiquette au sein de la profession qui aurait pu être tiré de n'importe quel code syndical régional (61).

Avant même l'adoption du code de 1936, il y a de nombreuses preuves d'auto-régulation déontologique de la pratique professionnelle locale dans les années 1920 et 1930. Tous les syndicats avaient un Conseil de Famille qui recensait les charges contre les médecins accusés de gonfler ou de falsifier les assurances et les demandes de remboursement (62). Dans le département de l'Oise, le Conseil dressait une liste noire des médecins qui adoptaient de tels comportements, de sorte qu'ils se voyaient frappés d'ostracisme par les autres syndicalistes (63). Le Conseil de l'Oise arbitrait aussi les « différends » entre collègues ; il était particulièrement dur avec les spécialistes qui avaient consulté en dehors de leur quartier et avec les membres du syndicat qui maintenaient des relations professionnelles avec leurs collègues mis à l'index (64). Un médecin du département de la Saône-et-Loire soutint que le syndicat médical n'était responsable que de la moralité de ses membres ; il affirmait l'indépendance des relations du syndicat avec l'État et son droit de juger ou non les syndicalistes (65). Les chirurgiens syndiqués recouraient aussi à un comité déontologique qui s'occupait des partages « clandestins » d'honoraires et autres tactiques louches (66) ; et il arriva à l'occasion au Conseil d'administration de la Confédération d'entendre les appels des syndicats départementaux et de résoudre des petits conflits au sein d'un département (67).

(58) *Ibid.*, p. 948-949.

(59) *Ibid.*, p. 950, 954.

(60) J. BERNARD, *Médecin dans le siècle*, Paris, Robert Laffont, 1994, p. 318.

(61) *Médecin de France*, 12 octobre 1936, p. 951-953.

(62) L. PORTES, *A la recherche d'une éthique médicale*, op. cit., p. 91.

(63) *Bulletin du syndicat des médecins de l'Oise*, janvier 1933, p. 12-13.

(64) *Ibid.*, mai 1933, p. 90-95 ; juillet 1933, p. 135-136.

(65) *Bulletin des syndicats et de l'association des médecins de Saône-et-Loire*, 3 avril 1923, p. 30-31.

(66) *Bulletin du syndicat des chirurgiens français*, juin 1933, p. 24-25.

(67) *Médecin de France*, 15 mai 1934, p. 363-365, 417.

L'Ordre des Médecins

Tout comme les autres confédérations, la CSMF fut dissoute sous Vichy et reconstituée après la guerre, mais elle se limita alors à protéger les intérêts financiers communs des praticiens, alors que la régulation déontologique incombait au nouvel Ordre des Médecins (68). Les motivations du régime de Vichy pour contrecarrer l'attitude historique de laisser-faire de l'État étaient multiples. Comme l'a noté Francine Muel-Dreyfus, les traditionalistes nouvellement arrivés au pouvoir considéraient les médecins comme des soldats d'infanterie dans la lutte pour accroître le taux de natalité et réprimer l'avortement et le contrôle des naissances. Cela signifiait, dans les faits, un contrôle plus strict du corps des femmes et de la reproduction, ce qui était depuis longtemps une préoccupation de la droite conservatrice. Cette perte d'autonomie professionnelle était, semble-t-il, plus que compensée, d'après la direction du corps médical, par l'expulsion des Juifs et des autres professionnels « étrangers » (69).

Le Code du nouvel Ordre, promulgué en 1947, ressemblait étroitement à son ancêtre syndicaliste de 1936. Il possédait la même conviction que la liberté de choix des patients, le paiement direct médecin-patient et l'indépendance du médecin des enchevêtrements collectifs garantissaient les fondements moraux de la pratique professionnelle (70). Les devoirs professionnels et les responsabilités médicales, par rapport à la médecine « sociale », comme on l'appelait désormais, ne changeaient pour ainsi dire pas. La section sur les devoirs envers les patients révélait cependant les premiers signes de l'évolution inexorable vers la déontologie d'aujourd'hui dans laquelle les devoirs professionnels envers les patients ont été transformés en l'énumération de leurs droits (71). Mais ce développement resta lent et hésitant pendant les années 1950 ; les médecins menèrent une longue action d'arrière-garde pour défendre leur droit de cacher son état à un patient, pour des raisons thérapeutiques (72). Quoi qu'il en soit, la notion de droits du patient progressa considérablement avec l'apparition des nouvelles technologies reproductives et du rationnement médical.

On connaît trop peu l'histoire détaillée des pratiques éthiques de la médecine française pour juger si la déontologie professionnelle informelle et la célébration du bon caractère médical qui domina la médecine pendant le siècle et demi précédant 1947 étaient bénéfiques pour les patients. Il est évident que certains des principes

(68) Y. LONCKE et J. LAROZE, *Le Syndicalisme médical, 1945-1947*, Chatou, Cahier Georges Valingot 1, 1987, p. 82-84.

(69) F. MUEL-DREYFUS, *Vichy et l'éternel féminin. Contribution à une sociologie politique de l'ordre des corps*, Paris, Seuil, 1996, ch. 8 ; A. CAROL, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Seuil, 1995, p. 302-361.

(70) *Médecin de France*, juin 1947, p. 1080.

(71) *Ibid.*, p. 1082-1086.

(72) G. WEISZ, « The Origins of Medical Ethics in France : The International Congress of Morale Médicale of 1955 », in G. WEISZ (ed.), *Social Science Perspectives on Medical Ethics*, Dordrecht, Kluwer, 1990, p. 145-161.

défendus par les médecins du XIX^e siècle ont survécu. Les patients français ont encore le libre choix de leur médecin et peuvent lui faire confiance pour respecter leur confidentialité. Mais les qualités morales personnelles que les praticiens considéraient autrefois comme l'âme du médecin ont été remplacées par une éducation scientifique et technique qui est aujourd'hui le principal critère d'évaluation des compétences professionnelles. Comme l'a écrit Jean Bernard, les médecins étaient plus respectés quand ils étaient inefficaces au plan thérapeutique (73). L'avènement de l'efficacité médicale a décuplé les attentes des patients, désacralisé les médecins et transformé la réflexion éthique sur la responsabilité médicale en un outil professionnel servant à estimer la responsabilité en cas d'erreur médicale et l'évaluation des dommages moraux.

(73) J. BERNARD, *Médecin dans le siècle*, op. cit., p. 200, 318-319.