

SYNDICALISME ET SANTÉ**Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire**

Patrick Hassenteufel

L'Union des syndicats médicaux français (USMF) a émergé dans les années 1880 autour de deux enjeux : la défense des intérêts économiques de la profession face aux mutuelles et l'octroi du monopole en matière de soins aux docteurs en médecine. L'USMF devient la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) en 1928, dans le contexte de la discussion de la loi sur les assurances sociales à laquelle s'opposent les représentants syndicaux. C'est aussi à ce moment-là que se cristallisent les principes de la médecine libérale, inscrits dans la charte syndicale de 1927, qui structurent encore aujourd'hui l'identité collective de la profession.

1. P. Hassenteufel,
Les médecins face à l'État, une comparaison européenne, Paris, Presses de Sciences Po, 1997.

Si l'on compare le syndicalisme médical français avec celui d'autres pays¹, on ne peut être que frappé par la prégnance de la défense des principes de la médecine libérale. Loin d'être universellement partagés, ils renvoient à une identité collective produite par une histoire singulière qui continue à peser fortement. En effet, la charte libérale adoptée en 1927 par la CSMF continue de faire figure de texte de référence pour le syndicalisme médical français. Pour le comprendre, il est nécessaire d'en expliquer la genèse à partir de ses origines historiques.

UNE DOUBLE ORIGINE : DEFENSE DES INTÉRÊTS ÉCONOMIQUES ET MONOPOLE DES SOINS

La création des premiers syndicats médicaux est d'abord à relier à une action de défense des intérêts économiques de la profession. La matrice de ce syndicalisme est formée par le groupe de médecins qui crée la revue *le Concours médical*. Dans le premier numéro, daté du 5 juillet 1879, l'éditorial appelle à « mettre en commun les intérêts scientifiques et professionnels » pour « une

profession plus lucrative et plus honorée ». En 1881, le *Concours médical* établit une liste des quatre questions importantes pour un syndicat médical : l'établissement d'un tarif d'honoraires, leur recouvrement, la révision de la législation et la lutte contre l'exercice illégal. Cette même année, le premier syndical local est créé en Vendée et, en 1884, est constituée l'Union des syndicats médicaux français (USMF), qui regroupe alors 74 syndicats locaux, soit 20% de la profession (environ 3 500 praticiens). Il s'agit principalement de la couche intermédiaire de la profession, c'est-à-dire les médecins des villes moyennes favorables aux idées républicaines. La reconnaissance légale est refusée à ces syndicats médicaux par un arrêt de la Cour de cassation en 1885. La Cour expliqua alors que la loi de 1884, instituant le syndicalisme pour la défense des « intérêts économiques », ne concernait pas les médecins car leurs « intérêts » sont d'une autre nature. Le syndicalisme médical est cependant légalisé ultérieurement, le 30 novembre 1892, par la loi Chevandier, dont l'article 13 stipule que « les médecins ont le droit de former des syndicats pour la défense de leurs intérêts professionnels ».

L'émergence du syndicalisme médical en France ne peut pas se comprendre sans faire référence au développement des mutuelles, favorisé par les lois de 1852 et 1898. Le nombre de sociétaires passe de 270 000 en 1852 à 910 000 en 1869, puis de 1,5 million en 1890 à 2,5 millions en 1900. En 1895 un accord de principe est signé entre l'USMF et la Ligue de la Mutualité, prévoyant le libre choix et la rémunération à l'acte. La défense de ces principes s'affirme également lors de la mise en place de l'assistance médicale gratuite en 1893, qui permet à tout malade inscrit sur la liste des indigents de se faire soigner gratuitement par un médecin ensuite remboursé par l'administration (système du tiers payant). Ne s'opposant pas ouvertement au principe même de la loi (qui de plus rendait solvable une nouvelle clientèle pour les médecins), les syndicats médicaux se mobilisent pourtant – notamment en refusant d'y collaborer, voire en faisant grève – dans la mesure où le texte ne fixait que de façon très lâche les rapports entre les médecins et l'administration. Ils demandent le respect de « principes » préservant un exercice autonome de la médecine, en particulier le libre choix du médecin par le malade et la rémunération à la visite (et non pas au forfait). Les médecins obtiennent satisfaction puisque, à la fin du siècle, le libre choix domine dans les trois quarts des départements. Forte de ces succès, l'USMF compte environ 12 000 adhérents en 1910, soit plus de 50% du corps médical de l'époque.

L'affirmation du syndicalisme médical s'explique aussi par la lutte contre le charlatanisme (et les officiers de santé). Une des raisons du choix de la forme syndicale a été la possibilité juridique (droit de se porter partie civile et

de demander des dommages et intérêts) qu'elle offrait dans le cadre de la loi Waldeck-Rousseau de 1884 pour lutter contre les pratiques dénoncées comme illégales. Ce fut d'ailleurs à la suite d'un procès de ce type (affaire de Domfront, concernant un rebouteux) que les syndicats médicaux ont été déclarés illégaux en 1884. Le droit d'attaquer en justice ceux qui exercent la médecine sans titre de docteur est inscrit dans la loi du 30 novembre 1892, légalisant le syndicalisme médical comme on l'a vu. Chaque syndicat membre de l'USMF crée alors une commission chargée de la poursuite des soignants « illégaux ». Cette lutte recouvre cependant aussi des intérêts économiques car elle s'inscrit dans la peur récurrente de la « pléthore médicale » et dans la volonté de ne pas exacerber une concurrence entre praticiens risquant de peser sur le niveau des honoraires. C'est aussi dans cette visée que se situe la revendication de suppression de l'officiat, également inscrite dans la loi du 30 novembre 1892. Le monopole sur l'exercice des soins est donc obtenu en même temps que le droit à l'organisation collective de la profession médicale. C'est dans ce cadre que vont se cristalliser les principes de la médecine libérale à la faveur de la mise sur agenda des assurances sociales dans les années 1920.

LA CRISTALLISATION DE L'IDENTITÉ LIBÉRALE

L'opposition aux principes des assurances sociales se donne à voir au lendemain de la Première Guerre mondiale par le refus du tiers payant inscrit, en 1919, dans la loi sur les pensions de guerre donnant le droit aux victimes de guerre de se faire soigner gratuitement. En 1920, une modification de la loi entraîne la mise en place d'un tarif fixe et limite le libre choix, ce qui déclenche le premier conflit frontal entre les médecins et l'État puisque l'Union organise une grève administrative en décembre 1920. Elle obtient la négociation du tarif et le contrôle du tiers payant.

La mise sur agenda de la loi sur les assurances sociales, dont un premier projet est déposé à l'Assemblée en 1921, suscite de fortes divergences au sein de l'Union, comme le met en évidence l'assemblée générale de décembre 1925 : si le refus du tiers payant fait consensus, la question du rapport aux caisses entraîne une scission syndicale. À la fin de cette assemblée générale, deux ordres du jour sont mis au vote. Le premier, celui du docteur Gausse (fédération de l'Hérault), se prononce en faveur des contrats collectifs. Le second, celui du docteur Desrousseaux (fédération du Nord), se prononce en faveur du rapport individuel entre le médecin et son malade et refuse la négociation de contrats avec les caisses. Le premier ordre du jour remporte la majorité (8 316 mandats contre 5 207), ce qui entraîne le départ de la minorité qui fonde la Fédération nationale des syndicats de médecins de France.

C'est bien le rapport à la protection sociale qui est au centre de cette opposition. La majorité revendique la mise en place de contrats collectifs afin de modifier un rapport de force trop défavorable entre le médecin isolé et la caisse. À cette conception d'un syndicalisme médical s'intégrant à la protection sociale afin de défendre les intérêts des médecins s'oppose celle prônée par les dirigeants de la nouvelle Fédération. Pour eux, la préservation du caractère strictement individuel de la pratique doit être l'unique but poursuivi par le syndicalisme médical. Le refus de toute intervention extérieure venant perturber le « colloque singulier » entre le médecin et le malade se traduit par la revendication, qui devient centrale, de « l'entente directe ». Elle revient à vider de toute sa substance l'idée même d'un système d'assurance maladie, car l'expression signifie que les honoraires sont négociés au cas par cas entre le médecin et son patient. En novembre 1926, la Fédération adopte une charte définissant les principes « qui régissent l'exercice de la médecine » : « respect absolu du secret professionnel ; libre choix du médecin par le malade ; entente directe entre le médecin et le malade (ou sa famille) suivant les conditions de la pratique ordinaire ».

Ses effectifs se sont rapidement développés : fin 1926 elle revendique 4 352 membres et 68 syndicats affiliés. Les plus importants sont ceux de la Seine, du Rhône, du Nord et de Bordeaux, représentant des médecins des grandes agglomérations urbaines. Soulignons le poids spécifique de Paris où se localise la part la plus importante de la clientèle privée ainsi que les grands centres hospitaliers. Le syndicat de la Seine, de très loin le plus important numériquement, est l'un des points de ralliement de cette tendance incarnée notamment par Paul Cibrié, longtemps son président avant de devenir secrétaire général de la CSMF en 1929, puis son président après la Seconde Guerre mondiale. On peut aussi noter la présence de plusieurs professeurs de médecine parmi ses représentants. La frange supérieure de la profession est donc à la pointe de la défense de la médecine libérale. La forte légitimité de ses porte-parole facilite la diffusion de leurs conceptions qui deviennent majoritaires au sein de la profession. Il ne s'agit plus là du syndicalisme des médecins des villes moyennes de province des débuts de l'Union, d'autant plus que l'importance des débats parlementaires donne plus de poids aux représentants parisiens.

La Fédération parvient à imposer sa charte lors du congrès des syndicats médicaux qui se tient le 30 novembre 1927, et qui débouche sur la réunification syndicale. Lors de ce congrès sont adoptés les sept principes « formant la charte commune de la profession qu'aucune loi, règlement ou contrat ne doit remettre en cause :

- « 1) Le libre choix [...] ;
- « 2) Le respect absolu du secret professionnel [...] ;
- « 3) Le droit à des honoraires pour tout malade soigné [...] ;
- « 4) Le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux [...] ;
- « 5) La liberté thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement doit primer sur le facteur économique ;
- « 6) Contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord ;
- « 7) Nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les Caisses. »

La défense de l'identité libérale l'emporte sur l'intégration du syndicalisme au système de protection sociale : « Par son caractère intellectuel, la médecine est une profession libérale ; ce qui veut dire que l'on exerce en toute liberté : liberté d'accorder ou de refuser ses soins ; liberté de traiter le patient à sa guise, ayant pour seul guide et seul frein l'intérêt du malade et la conscience professionnelle ; liberté de réclamer des honoraires que l'on proportionne à l'importance des soins donnés et du service rendu, aux situations sociales du client, personnelle du praticien. C'est cet affranchissement de toute entrave morale et matérielle, cette indépendance absolue du médecin qui, avec la foi en sa science, engendre la confiance en lui que lui voue son malade et lui donne le pouvoir de guérir. »²

2. *Le médecin syndicaliste*, 1^{er} janvier 1928, pp. 37-39.

Le congrès refuse le projet de loi sur les assurances sociales voté par le Sénat. La nouvelle Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), issue de la réunification de l'Union et de la Fédération en décembre 1928, en fait de même pour la loi sur les assurances sociales du 5 avril 1928. Si la loi reconnaissait le libre choix au paragraphe 2 de l'article 4 (« l'assuré choisit librement son praticien »), la libre entente n'était pas prévue. Par la loi du 30 avril 1930, modifiant la loi de 1928, la CSMF obtient satisfaction sur plusieurs points grâce à une forte pression exercée sur les parlementaires et les pouvoirs publics. Le nouveau paragraphe 4 de l'article 4 contient l'affirmation de la libre entente (il est désormais question de la « part contributive garantie par les caisses », ce qui laisse aux médecins toute latitude de demander des honoraires supérieurs aux tarifs de remboursement fixés par les caisses), l'absence de tiers payant (« cette part contributive est avancée ou remboursée par la caisse à l'assuré ») et l'habilitation syndicale (« les caisses ne pourront passer des conventions qu'avec des syndicats professionnels habilités par leurs groupements nationaux »). Lors de l'assemblée générale du 27 juillet 1930, la CSMF accepte de participer à la mise en œuvre de la loi.

Les médecins restent donc largement en dehors de la logique de la protection sociale et de la socialisation de l'exercice de la médecine, puisque le rapport avec le patient reste un rapport individuel. Les médecins refusent également l'institutionnalisation des relations avec les caisses et les mutuelles, au nom de la préservation du caractère libéral de leur exercice. L'autonomie professionnelle ne connaît aucune remise en cause du fait de la mise en place des assurances sociales. Grâce à sa mobilisation politique, le syndicalisme médical a été en mesure de peser sur la définition de l'organisation même du système d'assurance maladie.

LE POIDS DE L'IDÉOLOGIE CORPORATIVE

L'affirmation de l'identité libérale va de pair avec la diffusion des idées corporatives, c'est-à-dire la conception de la profession médicale comme un corps fermé se réglementant lui-même. Cette vision de l'organisation de la médecine s'inscrit dans le mouvement de réhabilitation des corporations d'Ancien Régime par La Tour du Pin, puis par Maurras. L'idéologie corporative, inspirée de l'Action française, devient le discours public dominant de la profession au cours des années 1920. On le voit par exemple à l'apparition d'un vocabulaire empruntant au registre, notamment clérical, de l'extrême-droite³ au sein du syndicalisme médical. La xénophobie, alimentée par le nombre important d'étudiants étrangers reçus au doctorat (près d'un tiers au milieu des années 1930), fait également partie de ce registre discursif et se traduit en particulier par le rejet des médecins étrangers présentés comme une menace pour la « moralité » de la profession : « Le médecin français a, de ses devoirs, de tous ses devoirs, une conception très haute. Mais nous voyons, hélas! d'autres médecins, produits de faciles "équivalences", et venus de loin, vendre chez nous de la médecine comme on vend des tapis aux terrasses de cafés, apportant une mentalité que nous aurions préféré voir réservée au pays d'origine. »⁴ Le mot d'ordre « la France aux Français » rencontre un large écho et se manifeste par la mobilisation des médecins en faveur de la proposition de loi du docteur Ambruster, votée en 1933, réservant l'exercice de la médecine en France aux citoyens français, et par l'expression de fortes réticences par rapport aux naturalisations de médecins étrangers. Les leaders syndicaux n'hésitent pas non plus à faire étalage de leur antisémitisme : « On ne saurait nier que ces éléments israélites [les médecins juifs roumains] accroissent la tendance à la commercialisation de la profession, tendance réprouvée par les médecins dignes de ce nom »⁵, et à dénoncer les naturalisations de médecins juifs allemands après 1933.

3. Le glissement à droite du corps médical est très sensible au niveau parlementaire, où la représentation médicale reste forte dans l'entre-deux-guerres (les médecins forment entre 7,5 et 10% des députés). En 1919, les deux tiers des médecins font partie du Bloc national ; surtout, en 1936 45% des députés médecins siègent à l'extrême-droite. Voir J. Ellis, *The Physician-Legislators of France. Medicine and Politics in the Early Third Republic*, Cambridge University Press, 1990, pp. 242-243.

4. P. Cibrié, secrétaire général de la CSMF, *Le médecin de France*, 15 avril 1930, p. 302.

5. Professeur Balthazard, premier président de la CSMF, cité par François Raoux, *Naissance de la corporation médicale (1789-1943)*, Thèse pour le doctorat de médecine, faculté de médecine Saint-Antoine, Paris, 1979, p. 121.

C'est donc dans ce contexte idéologique, qui est aussi celui d'une large diffusion des thèses eugénistes au sein du corps médical français, qu'à partir de la fin des années 1920 la création d'un Ordre et d'un code de déontologie professionnelle devient la principale revendication des représentants des médecins (la CSMF en l'occurrence) et semble acceptée par une part de plus en plus importante de la profession. L'Ordre est revendiqué à la fois comme le garant de la moralité de la profession et de la préservation de son caractère « national ». Lors de l'assemblée générale extraordinaire de la CSMF, en juin 1929, la motion suivante est adoptée : « Considérant que, seule, la profession obligatoirement organisée peut être la fidèle gardienne de la moralité professionnelle, [la CSMF] se déclare partisan de la création d'un Ordre des médecins ». Un projet de loi portant sur la création d'un Ordre est présenté par le député Lecacheux, en 1933. Il se base sur un texte élaboré par la Société de médecine légale de France (sur mandat de la CSMF). Le texte est voté par la Chambre des députés en mars 1933, puis par le Sénat en janvier 1934. La Chambre avait donc à débattre à nouveau du texte, ce qu'elle ne fit pas en raison de l'abondance du travail législatif, puis de l'avènement du Front populaire. Le projet du Sénat fut repris en juillet 1939 par le gouvernement pour être adopté sous forme de décret-loi. Mais l'intervention du syndicat de la Seine, s'opposant à l'article prévoyant que les médecins ne soient pas majoritaires dans la cour d'appel prévue, fit échouer le projet.

Cette évolution du syndicalisme médical doit se comprendre non seulement en faisant référence au contexte politico-idéologique marqué par l'influence intellectuelle croissante de l'Action française, en particulier dans les milieux universitaires, mais aussi à l'évolution de la pratique médicale. Celle-ci est marquée par la valorisation croissante du traitement individualisant au détriment de la prévention collective et de l'hygiénisme, qui était au fondement du républicanisme des porte-parole de la profession au début de la Troisième République. L'idéologie corporative s'imbrique fortement avec la conception libérale et individualiste de la pratique médicale qui s'est propagée au sein du groupe professionnel, d'abord au niveau de son élite comme on l'a vu. Ce glissement, au niveau des références dominantes des porte-parole de la profession, d'une conception sociale de la médecine (qui est celle de l'hygiénisme), axée sur l'environnement et sur une population, à une conception curative, basée sur l'individu malade qu'il s'agit de guérir, s'explique aussi par des raisons économiques (la pratique individuelle est plus rémunératrice). Enfin, d'une certaine façon l'hygiénisme a été victime de son succès contre les grands « fléaux » du XIX^e siècle (choléra, tuberculose, etc.), bien mieux jugulés à cette période.

C'est en fin de compte le régime de Vichy qui crée l'ordre des médecins par le décret du 7 octobre 1940. L'arrivée au pouvoir d'hommes très favorables au corporatisme médical (en particulier Xavier Vallat, rapporteur du premier projet de loi portant sur la création d'un Ordre en 1923, qui devient commissaire général aux questions juives) et la présence de médecins au gouvernement (aux secrétariats d'État à la santé et à la famille) ont été un facteur décisif. L'ordre des médecins de 1940 vise tout autant l'autonomie professionnelle (qui se matérialise par l'établissement d'une juridiction ordinaire s'appliquant à tous les médecins) que le contrôle de la profession. C'est ce que montre l'interdiction du syndicalisme (qui figure dans le même décret que celui qui crée l'Ordre), la nomination des membres des conseils supérieurs et régionaux par le pouvoir, et le rôle joué par l'Ordre dans application des lois de Vichy : en particulier l'éviction des médecins étrangers (dès août 1940 les médecins nés de père étranger sont interdits d'exercice même s'ils sont naturalisés) et le *numerus clausus* pour les médecins juifs. L'Ordre a eu un rôle d'« épuration » plus politique et idéologique que professionnel. Il faut aussi souligner que l'Ordre est explicitement institué comme un rouage de l'État. Cette nature contradictoire de l'Ordre, dont la mise en place signifiait en même temps l'abolition de toute forme de représentation indépendante de l'État (avec la dissolution des syndicats), a ravivé les antagonismes au sein du corps médical (l'opposition la plus vive est venue d'anciens dirigeants syndicaux, cependant une partie d'entre eux, souvent proche de l'Action française, n'a pas hésité à participer à la mise en place de l'Ordre).

Cette « tache originelle » de l'Ordre des médecins a favorisé la renaissance de la CSMF après la Seconde Guerre mondiale et surtout renforcé sa légitimité comme principal porte-parole de la profession médicale sur la base de l'affirmation des principes de la médecine libérale qui constituent aujourd'hui encore la dimension majeure des relations entre les médecins et l'État.

contact**patrick.hassenteufel@free.fr**

Patrick Hassenteufel est professeur de science politique à l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines. Il enseigne également à Sciences Po Paris et à l'IEP de Rennes. Ses travaux actuels portent sur la transformation de la gouvernance des systèmes de protection maladie en Europe. Il va publier prochainement un ouvrage consacré à la sociologie politique de l'action publique.