UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2015 N° :

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine Générale

PAR
Thomas BLANCK
Né le 13 février 1986 à Sélestat

Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres

Étude des archives syndicales de la CSMF de 1919 à 1930

Président de thèse : Professeur Jean-Christophe WEBER
Directeur de thèse : Professeur Christian BONAH

Edition SEPTEMBRE 2015
Année universitaire 2015-2016

FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

• **Président de l'Université (21.06.07/ 18.12.08/18.12.2012...)**	M. BERETZ Alain
• **Doyen de la Faculté (8.02.11-7.02.16)**	M. SIBILIA Jean
Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)	M. GOICHOT Bernard
Doyens honoraires : (1976-1983)	M. DORNER Marc
(1983-1989)	M. MANTZ Jean-Marie
(1989-1994)	M. VINCENDON Guy
(1994-2001)	M. GERLINGER Pierre
(3.10.01-7.02.11)	M. LUDES Bertrand
• **Chef des Services Administratifs**	M. VICENTE Gilbert

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis — Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak — Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène — Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

PO186

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	 53.01	 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	 49.01	 Neurologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	 53.02	 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	 47.03	 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	 54.03	 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option **gynécologie-Obstétrique**
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	 52.01	 Gastro-entérologie ; **hépatologie** Option hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	 44.03	 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	 43.02	 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	 54.02	 Chirurgie infantile
BELLOCQ Jean-Pierre (6) (8) P0010	S/nb Cons	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	 42.03	 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
BERGERAT Jean-Pierre P0011	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / Hôpital Hautepierre	 47.02	 Option : Cancérologie (clinique)
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	 49.03	 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	 43.02	 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales / Hôpital de Hautepierre	 48.02	 Réanimation ; **Médecine d'urgence** Option : médecine d'urgence
BLICKLÉ Jean-Frédéric P0015	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	 53.01	 Option : médecine Interne
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	 42.02	 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	 50.02	 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Opthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	 55.02	 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	 49.01	 Neurologie
BOUSQUET Pascal (6) (8) P0021	S/nb Cons	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	 48.03	 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	 53.02	 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

SEPTEMBRE 2015

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	RPô CS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
BURSZTEJN Claude (6) P0024	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04	Pédopsychiatrie
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	**Chirurgie vasculaire** ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
CHELLY Jamel P0173	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CHRISTMANN Daniel (6) (8) P0042	S/nb Cons	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales/ Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
CLAVERT Jean-Michel P0043	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
CLAVERT Philippe P0044	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénéréologie
DANION Jean-Marie P0046	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047 (1) (7)	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04	Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
DIETEMANN Jean-Louis P0058	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradiologie, imagerie ostéo-articulaire et radio-pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
DOFFOEL Michel (6) (8) P0053	S/nb Cons	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick P0056	NCS	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FISCHBACH Michel P0061	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie

SEPTEMBRE 2015

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	53.01	Médecine Interne
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
GRUCKER Daniel P0069	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'Oncologie et d'hématologie / Hôp. Hautepierre	47.01	**Hématologie** ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
JACQMIN Didier P0077	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète, nutrition et addictologie - Médicale B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	 NRPô CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01	Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Gériatrie Médecine Interne / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Clvil	51.01	Pneumologie
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradiologie, imagerie ostéo-articulaire et radio-pédiatrique/HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (7) P0088	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	**Chirurgie vasculaire** ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Oncologie et d'hématologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno P0091	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	**Gynécologie-Obstétrique** ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique

SEPTEMBRE 2015

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
LAUGEL Vincent P0092	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LUTZ Patrick P0095	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 3 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
MANDEL Jean-Louis (cf. A1) P0096	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Clvil	47.04	Génétique (option biologique)
MARESCAUX Christian P0097	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARESCAUX Jacques (5) (9)	S/Nb Cons	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil -Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	**Gynécologie-Obstétrique** ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	**Hématologie** ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô NCS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MULLER André P0110	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / Hôpital de Hautepierre	48.04	Thérapeutique
MUTTER Didier P0111	RPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	**Gynécologie-Obstétrique** ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114 (mission → 29.02.2016)	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; **Radiothérapie** Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	**Cancérologie** ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PINGET Michel (5) (9) P0120	S/Nb Cons	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Centre Hospitalier de Mulhouse	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
POTTECHER Julien P0181	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	**Anesthésiologie-réanimation** ; Médecine d'urgence (option clinique)

SEPTEMBRE 2015

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
ROUL Gérald P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale, thoracique et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatiqtiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	NRPô CS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen P0185	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	**Pédopsychiatrie** ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VAUTRAVERS Philippe P0154	CS	- Institut Universitaire de Rééducation Clemenceau / IURC	49.05	Médecine physique et de réadaptation
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement

SEPTEMBRE 2015

WATTIEZ Arnaud P0161 (mission → 31.07.2016)	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	**Gynécologie-Obstétrique** ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne A / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL Renée P0165	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil
* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
CU : Chef d'unité fonctionnelle
Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur
(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018
(3) En détachement jusqu'au 31.08.2015 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2016
(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2016 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2016
(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2016

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE SUR CONTINGENT NATIONAL

NEANT

SEPTEMBRE 2015

MO109 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Dr ALEIL Boris M0002 (Disponibilité du 01.08.14 au 30.7.16)		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de l'Hypertension, des Maladies vasculaires et Pharmacologie clinique/ Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
Mme la Dre ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Dr BARRIERE Philippe (disponibilité du 01.10.13 au 30.09.15) M0004		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Mme BARTH Heidi M0005		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - Virologie (Option biologique)
BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Dr BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Dr BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	**Cancérologie** ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Dr COLLANGE Olivier M0015		• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	**Anesthésiologie-Réanimation** : Médecine d'urgence (option Anesthésio-logie-Réanimation - Type clinique)
Dr COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dre de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	**Bactériologie**-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
Dr DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Dre DI MARCO Paola M0020		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Dr DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie -Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Dr FILISETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option bio-logique)
Dr FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
Dr GOETZ Christian M0030		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
GOUNOT Daniel M0031		• Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Dr HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Dre JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
Dr JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : **Bactériologie**-virologie (biolo-gique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)

SEPTEMBRE 2015

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dre KOSCINSKI Isabelle M0037		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie de la reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; option biologique
Dre LACREUSE Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Dr LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire
Dr LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme la Dre LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (Biologique)
Dr LE MINOR Jean-Marie M0044		• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle d'Odontologie - Service de Radiologie / Centre de soins dentaires	42.01	Anatomie (option clinique)
Dr LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénéréologie
Dr LEPILLER Quentin M0104		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	**Bactériologie-Virologie** ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Dr LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Dr MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Dr MOREAU François M0048		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, de diabète, nutrition et addictologie - Médicale B / Hôpital Civil	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme la Dre NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
Dr PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Dr PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme PERRIN-SCHMITT Fabienne M0066		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
POULET Patrick (→ 31.03.2016) M0056		• Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme la Dre RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)

SEPTEMBRE 2015

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Dr ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Dr ROMAIN Benoît M0061 (mission → 30.04.2016)		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme la Dre ROSSIGNOL Sylvie M0105		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme la Dre RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme la Dre SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHMITT Marie-Paule M0067		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie-**virologie** (biologique)
Mme la Dre SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02	Chirurgie Infantile
Dr SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Dre SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Dr TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Dr TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Dr TRACQUI Antoine (mission temporaire -> 28.02.15) M0072		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
Mme la Dre URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Dr VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme VAXMAN Martine M0075		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme la Dre VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

BURGUN Jean-Claude	M0078	Centre de Neurochimie - 5, rue Blaise Pascal - Strasbourg	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
DANSE Jean-Marc	M0079	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
HANAUER André (01.08.15)	M0080	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme THOMAS Marion	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)

SEPTEMBRE 2015

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pre Ass. JUNG Catherine	PO176	Médecine générale (01.09.2014 - 31.08.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2018)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2015)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2011 au 31.08.2017)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dre DEPIENNE Christel	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de cytogénétique / Hôpital de Hautepierre
N...	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr EYER Didier	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. d'urgences médico-chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Dr LAVIGNE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Santé Publique - Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HC
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRpô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o ***de droit et à vie*** *(membres de l'Institut)*
  CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  KARLI Pierre (Neurophysiologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2013 au 31 août 2016)*
  OUDET Pierre (Biologie cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2014 au 31 août 2017)*
  Néant
- o *pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)*
  BERTHEL Marc (Gériatrie)
  BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
  HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
  POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

SEPTEMBRE 2015

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE (2015-2016)

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)

(* 4 années au maximum)

SEPTEMBRE 2015

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Santé publique) / 01.09.04
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
BRINI Alfred (Ophtalmologie) / 01.10.89
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
CANTINEAU Alain (Medecine et Santé au travail) / 01.09.15
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
CHAMBRON Jacques (Biophysique) / 01.10.99
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
CHAUMONT André (Médecine légale) / 01.10.93
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) /01.09.11
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009
GAUTHIER-LAFAYE Pierre (Anesthésiologie-Réa.chir.) / 01.10.87
GAY Gérard (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.13
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) /01.09.2011
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
JUIF Jean-Georges (Pédiatrie) / 01.10.92
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
KIEN Truong Thaï (Parasitologie) / 01.09.03
KIRN André (Virologie) / 01.09.99
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) /01.09.2011
LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
MAITROT Daniel (Neurochirurgie) / 01.09.11
MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique / 24.03.08
VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) /01.09.11
WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :
- NHC : ***Nouvel Hôpital Civil :*** 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : ***Hôpital Civil :*** 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : ***Hôpital de Hautepierre :*** Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- ***Hôpital de La Robertsau :*** 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- ***Hôpital de l'Elsau :*** 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00
C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00
E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25
Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24
IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

---

RESPONSABLES DE LA SECTION MÉDECINE ET DU DEPARTEMENT DE SANTE DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE DE STRASBOURG

M. Yann MARCHAND, Conservateur en chef, responsable du Département Santé (1er septembre 2011)
Mme Marion BERNARD-SCHWEITZER, Conservateur, responsable de la Bibliothèque de Médecine (1er juillet 2011)

LA FACULTÉ A ARRETÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ETRE CONSIDERÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du jury, pour l’attention qu’ils ont porté à mon travail.

Au Professeur Christian BONAH, pour son engagement et sa disponibilité.

Au Docteur Pierre LEVY, Secrétaire général de la CSMF, pour son accueil, sa disponibilité et pour m’avoir donné accès aux archives syndicales.

À mes amis et à ma famille. Particulièrement à Emilie, pour son aide et son soutien de chaque instant. À ma mère, qui m'a soutenu tout au long de mes études.

Table des matières

Liste des abréviations …..... p. 26

Index iconographique …..... p. 27

Partie I. - Introduction …..... p. 28

1. Introduction générale …..... p. 29
2. Matériel et méthode …..... p. 34
    2.1. Les sources documentaires utilisées …..... p. 34
    2.2. Les limites de ces sources …..... p. 37
3. L'histoire de la protection sociale jusqu'en 1918 …..... p. 38
    3.1. L'industrialisation et la naissance de nouveaux besoins …..... p. 40
    3.2. Les premières initiatives en matière sociale …..... p. 44
        3.2.1. Le modèle allemand de Bismarck …..... p. 45
            3.2.1.1. De la situation socio-politique initiale à la création de l'Empire allemand …..... p. 45
            3.2.1.2. La population ouvrière face à l'Etat …..... p. 46
            3.2.1.3. Les principaux piliers du système social allemand …..... p. 47
            3.2.1.4. Les premières lois d'assurances sociales …..... p. 48
            3.2.1.5. L'extension progressive des assurances sociales allemandes jusqu'à la première guerre mondiale …..... p. 49
            3.2.1.6. Les médecins allemands face aux assurances sociales …..... p. 52
        3.2.2. Les initiatives françaises jusqu'à la première guerre mondiale …..... p. 54
            3.2.2.1. La population ouvrière initialement livrée à elle-même …..... p. 55
            3.2.2.2. La prise de conscience progressive de la nécessité d'un système de protection sociale …..... p. 56
            3.2.2.3. Les premières obligations légales en matière de protection sociale …..... p. 58
            3.2.2.4. Les médecins face au développement des assurances sociales jusqu'à la Première Guerre mondiale …..... p. 60
            3.2.2.5 La situation à la veille de la Première Guerre mondiale au travers des archives de la CSMF …..... p. 63

4. L'histoire du syndicalisme médical jusqu'à la Première Guerre mondiale …. p. 69
4.1. Les corporations médicales jusqu'à la Révolution Française …. p. 69
4.2. De la Révolution à l'industrialisation …. p. 71
4.3. La loi Valdeck-Rousseau et la création des premiers syndicats médicaux …. p. 74

Partie II. - 1918 - 1926 : les projets de loi d'après guerre et les débats avec l'USMF …. p. 77

Chapitre 1. - Le corps médical français et la protection sociale au lendemain de la première guerre mondiale .... p. 78
1.1. Le corps médical affaibli …. p. 78
1.2. La question des tarifs …. p. 79
1.2.1. Les tarifs dans le cadre des accidents du travail …. p. 80
1.2.2. Les tarifs dans le cadre de l'AMG …. p. 83
1.2.3. Les tarifs dans le cadre de la mutualité …. p. 84
1.2.4. Remarques concernant les tarifs …. p. 84
1.3. Modalités de rémunération, choix du médecin et risque de "fonctionnarisation" …. p. 86
1.3.1. Le tarif forfaitaire …. p. 87
1.3.2. Le libre choix …. p. 88
1.3.3. Le risque de "fonctionnarisation" du corps médical …. p. 89
1.4. La loi des pensions …. p. 90
1.4.1. Le rôle des médecins : l'article 69 de la loi …. p. 91
1.4.2. L'élargissement du cadre de la protection sociale …. p. 93
1.4.3. La consultation des syndicats médicaux …. p. 93
1.4.4. Les principaux points de discussion entre l'Etat et l'Union …. p. 94
1.4.4.1. Les tarifs …. .. p. 94
1.4.4.2. Le libre choix …. p. 95
1.4.4.3. Le contrôle de l'application de la loi …. p. 96
1.5. Les assurances sociales en Alsace-Lorraine …. p. 98
1.5.1. Le fonctionnement des assurances …. p. 98
1.5.2. La perception par le corps médical alsacien et lorrain …. p. 100
1.5.2.1. Le paiement au forfait et le revenu des médecins …. p. 101
1.5.2.2. Le systèmes de contrôle …. p. 103
1.5.2.2.1. Les modalités de coopération entre médecin et caisses au travers du contrat collectif …. p. 103

1.5.2.2.2. Le contrôle des médecins par les caisses …. p. 105
1.5.2.3. Avantages et inconvénients du système alsacien étendu à une échelle nationale …. p. 108

Chapitre 2. - Les premiers projets de loi d'assurance maladie-invalidité de 1920 …. p. 110
2.1. Le "projet Grinda" …. p. 110
2.1.1. Le contenu du projet de loi …. p. 111
2.1.2. La réaction de l'Union …. p. 112
2.2. Le projet mutualiste …. p. 113
2.2.1. Le contenu du projet de loi …. p. 114
2.2.2. Comparaison au système allemand par la mutualité …. p. 115
2.2.3. Accueil du projet de loi par l'Union …. p. 116
2.3. Comparaison au système en vigueur en Alsace-Moselle par l'Union …. p. 118
2.3.1. Le principe de l'assurance : ses bénéfices et ses inconvénients …. p. 119
2.3.2. Influence du système d'assurance sur l'exercice médical …. p. 120
2.3.3. Le corps médical alsacien attaché au système d'assurance maladie-invalidité …. p. 123

Chapitre 3. - Le projet de loi du gouvernement de 1921 …. p. 124
3.1. Le contexte …. p. 125
3.2. La référence à la loi des pensions …. p. 126
3.3. Le contenu du projet de loi …. p. 127
3.4. La réaction du syndicalisme médical au projet de loi …. p. 129
3.4.1. Le contexte socio-politique vu par l'Union …. p. 129
3.4.2. Le contenu du projet critiqué par l'Union …. p. 131
3.4.2.1. Le contrôle administratif …. p. 131
3.4.2.2. La place de la mutualité …. p. 132
3.4.2.3. Le paiement des honoraires …. p. 134
3.4.2.4. La réforme du système hospitalier …. p. 135
3.4.3. L'influence du projet de loi sur le syndicalisme médical …. p. 137
3.4.3.1. La stratégie du Dr Lafontaine …. p. 137
3.4.3.2. Les premières divisions au sein de l'Union …. p. 139
3.4.3.2.1. Les débats internes au sujet du forfait et des tarifs …. p. 140
3.4.3.2.2. Du contrôle syndical à la "tyrannie" syndicale …. p. 145

3.4.3.2.3. Le différents aspects du contrôle "technique" ..... p. 148
3.4.3.2.3.1. Le secret professionnel ..... p. 148
3.4.3.2.3.2. Le tiers payant et le ticket modérateur ..... p. 150
3.4.3.2.4. Pour ou contre le contrat collectif ..... p. 152
3.4.3.2.5. Deux types de contrats collectifs : avec ou sans tiers payant ..... p. 154

Chapitre 4. - Le projet de loi de 1923 ..... p. 158
4.1. Le contexte du projet : le "rapport Grinda" ..... p. 158
4.1.1. L'exposé général du projet de loi ..... p. 158
4.1.1.1. La nécessité des assurances sociales et l'économie générale du projet ..... p. 159
4.1.1.2. L'organisation du système de soin ..... p. 160
4.1.1.3. Les origines du projet de loi ..... p. 163
4.1.2. Les aspects techniques et financiers en détail ..... p. 164
4.1.3. La discussion par article ..... p. 165
4.1.4. Le texte du projet de loi ..... p. 165
4.2. Le contenu du projet de loi ..... p. 166
4.3. La réaction de l'Union au projet ..... p. 167
4.3.1. Le rejet du projet sur fond de divisions internes ..... p. 167
4.3.1.1. De l'objection au principe de l'obligation au rejet du principe des assurances ..... p. 168
4.3.1.2. Les divisions au sujet du contrat collectif ..... p. 170
4.3.1.3. Le rôle de la mutualité remis en cause par les syndicats médicaux ..... p. 173
4.4. Le vote de la loi par la Chambre des députés malgré le rejet par l'Union ..... p. 175
4.5. Le débat au sujet des tarifs relancé ..... p. 177
4.6. Le projet de loi face à l'expérience de Roubaix-Tourcoing ..... p. 182
4.6.1. Les principales caractéristiques du système de Roubaix-Tourcoing ..... p. 183
4.6.2. Les revendications de l'Union ..... p. 184
4.6.3. La participation du corps médical ..... p. 188
4.7. Des divisions internes aux risques de scission dans l'Union ..... p. 190
4.7.1. L'affirmation des différentes tendances au sein de l'Union ..... p. 190
4.7.2. La remise en cause de l'unité du syndicalisme médical .... p. 194
4.7.3. L'Union et la stratégie du Dr Lafontaine critiquées de l'intérieur ..... p. 197

4.7.4. La réaction du Dr Lafontaine pour maintenir la cohésion du syndicalisme médical …..... p. 200

Chapitre 5. - Le projet de loi d'avril 1925 …..... p. 205
5.1. Le contexte du projet de loi …..... p. 205
5.2. Le contenu du projet …..... p. 208
5.3. La réaction de l'Union …..... p. 210
5.3.1. Les critiques de l'Union …..... p. 210
5.3.1.1. L'aspect technique négligé …..... p. 210
5.3.1.2. Une mauvaise organisation administrative …..... p. 211
5.3.1.3. Une organisation hospitalière inadaptée …..... p. 212
5.3.1.4. Le manque de cohérence entre les différentes lois de protection sociale …..... p. 218
5.3.2. L'analyse par article …..... p. 218
5.3.2.1. L'assurance obligatoire …..... p. 218
5.3.2.2. Le fonctionnement et l'organisation des caisses …..... p. 222
5.3.2.3. Dispositions transitoires …..... p. 223
5.3.2.4. Dispositions générales …..... p. 225

Chapitre 6. - Le projet de loi de décembre 1925 …..... p. 227
6.1. Le contenu projet de loi …..... p. 227
6.2. L'analyse par article faite par l'Union …..... p. 228
6.2.1. L'assurance obligatoire …..... p. 228
6.2.2. Le fonctionnement et l'organisation des caisses …..... p. 232
6.2.3. Dispositions transitoires …..... p. 234
6.2.4. Dispositions générales …..... p. 235
6.3. Le règlement général d'administration publique et le paiement des médecins …..... p. 238
6.4. La satisfaction du secrétaire général …..... p. 239
6.5. La réaction de l'opposition …..... p. 240

Partie III. - La scission de l'USMF et la création de la Fédération …..... p. 244

Chapitre 7. - La scission du syndicalisme médical …..... p. 245
7.1. Les critiques au sein de l'Union …..... p. 245
7.2. La menace d'une scission …..... p. 246
7.3. Des divisions au sujet des ordres du jour "Gaussel" et "Desrousseaux" à la scission …..... p. 249
7.4. La scission du syndicalisme médical …..... p. 251
7.5. L'idéologie syndicale de l'opposition …..... p. 253

7.5.1. Le contexte …. p. 254
7.5.1.1. L'influence de l'expérience de Roubaix-Tourcoing …. p. 254
7.5.1.2. Une situation instable …. p. 255
7.5.2. Le plaidoyer de l'opposition contre l'Union …. p. 255
7.5.2.1. De la "tyrannie syndicale" à la question du pourvoir médical …. p. 255
7.5.2.2. La dissidence justifie son action …. p. 263
7.5.2.3. L'Union trop conciliante vis-à-vis des assurances sociales …. p. 266
7.5.2.4. Du refus du contrôle au refus de contrat collectif …. p. 268
7.5.2.5. La remise en cause du lien singulier entre le médecin et le patient …. p. 271
7.6. Les conséquences de la scission …. p. 272
7.7. La création de la Fédération et ses relations avec l'Union …. p. 275
7.7.1. Une situation floue au lendemain de la scission …. p. 275
7.7.2. La création de la Fédération …. p. 276

Chapitre 8. - Les relations entre l'Union et la Fédération et l'évolution des revendications syndicales …. p. 280
8.1. L'échec d'une première tentative de réconciliation …. p. 280
8.2. Les débats syndicaux au sujet de la rémunération des médecins ... p. 281
8.2.3. La faisabilité de l'entente directe : la position de chaque camp …. p. 281
8.2.4. La rémunération des médecins comme déterminant central des débats …. p. 285
8.2. L'échec d'une seconde tentative de réconciliation …. p. 286
8.3. La modification du projet de loi, la question des tarifs et les "suppléments d'honoraires" …. p. 288
8.4. Les débats syndicaux au sujet des tarifs …. p. 292
8.5. Une nouvelle tentative de réunification autour de l'entente directe à l'initiative du Dr Cibrie …. p. 293
8.6. Les modifications du projet par le Sénat …. p. 294
8.6.1. La modification de l'article 4 et l'autonomie syndicale …. p. 294
8.6.2. Les autres modifications apportées par le Sénat …. p. 298
8.7. Le vote de la loi au Sénat et les divisions syndicales en ce qui concerne les modalités de rémunération des médecins …. p. 299
8.8. Nouvelle tentative de rapprochement entre l'Union et la Fédération sous l'impulsion du Dr Cibrie du SMS …. p. 303
8.9. La scission entre l'Union et le SMS …. p. 304
8.9.1. Les raisons de la scission …. p. 304

8.9.2. Un tournant idéologique pour l'USMF …..... p. 305
8.9.3. Les différents camps forcés de s'entendre …..... p. 307
8.9.4. Le vote de la "Charte médicale" …..... p. 308

Chapitre 9. - La loi du 5 avril 1928 …..... p. 312
9.1 Les débats à la Chambre des députés …..... p. 312
9.1.1. Le législateur affiche son accord avec le corps médical .... p. 312
9.1.2. Un accord en réalité très relatif …..... p. 316
9.1.2.1. La question de l'entente directe et l'identité libérale de la profession …..... p. 318
9.1.2.2. Le risque d'une médecine de masse …..... p. 319
9.1.2.3. La réorganisation du système hospitalier …..... p. 320
9.1.2.4. La liberté contractuelle …..... p. 321
9.1.3. Vers une coopération du corps médical …..... p. 323
9.1.4. La discussion par article …..... p. 325
9.2. Le vote de la loi par la Chambre …..... p. 331
9.3. Le contenu de la loi …..... p. 332
9.4. La réaction du corps médical …..... p. 335
9.5. La réunification du syndicalisme médical autour de l'entente directe …..... p. 337
9.6. La ligne de conduite de la CSMF nouvellement créée …..... p. 342

Partie IV. - Le développement des assurances sociales entre 1928 et 1930 et les débats avec la CSMF nouvellement créée …..... p. 345

Chapitre 10. - La réorganisation du système hospitalier …..... p. 346
10.1. Introduction …..... p. 346
10.2. Le fonctionnement des hôpitaux en 1928 …..... p. 348
10.2.1. Situation générale …..... p. 348
10.2.2. L'exemple de l'hôpital de Colmar extrapolé à l'échelle de la France …..... p. 349
10.2.2.1. Valeur du travail médical fourni à l'hôpital de Colmar …..... p. 349
10.2.2.2. Nombre de lits à prévoir pour l'hospitalisation des assurés de toute la France …..... p. 350
10.2.2.3. Honoraires à prévoir pour le corps médical en ce qui concerne les assurés hospitalisés …..... p. 350
10.2.2.4. Obtention du nombre de lits nécessaires …..... p. 351
10.2.2.5. Le fonctionnement des hôpitaux …..... p. 351

10.3. Les revendications du corps médical en ce qui concerne le système hospitalier …. p. 352
10.3.1. Le système hospitalier de l'époque critiqué par le corps médical …. p. 352
10.3.2. La commission ministérielle et le rappel des voeux du syndicalisme médical …. p. 354
10.3.2.1. Les voeux exprimés lors du Congrès des syndicats médicaux de France …. p. 355
10.3.2.2. Les décisions de l'assemblée générale de l'Union de décembre 1927 …. p. 355
10.3.2.3. La décision de l'assemblée générale de l'Union de décembre 1928 …. p. 357
10.3.2.4. Les conclusions du Conseil supérieur de l'Assistance Publique …. p. 358
10.3.2.5. Les conclusions de la Commission de médecine pratique de l'Union …. p. 359
10.3.3. Les revendications au sujet de l'article 6 de la loi du 5 avril 1928 …. p. 360
10.3.4. Le travail de la Commission de médecine pratique de l'USMF d'octobre 1928 en ce qui concerne l'hôpital …. p. 363
10.3.5. Les travaux de la première assemblée générale de la CSMF …. p. 368
10.3.6. Les revendications au sujet du règlement général d'administration publique …. p. 371
10.3.6.1. Le projet de règlement général d'administration publique de janvier 1929 …. p. 371
10.3.6.1.1. Le contenu du projet en ce qui concerne l'hôpital …. p. 371
10.3.6.1.2. La réaction de la CSMF …. p. 373
10.3.6.2. Le règlement général d'administration publique du 30 mars 1929 …. p. 375
10.3.6.2.1. Le contenu du règlement en ce qui concerne l'organisation hospitalière …. p. 375
10.3.6.2.2. La réaction de la CSMF …. p. 378
10.3.6.3. Le rapport du Dr Renon …. p. 381
10.3.7. Une situation confuse au sein de la CSMF …. p. 385
10.4. L'accord d'avril 1930 …. p. 386
10.5. Conclusion en ce qui concerne l'hôpital …. p. 387

Chapitre 11. - Le règlement d'administration publique de 1929 …..... p. 388
11.2. Le projet de règlement d'administration publique de janvier 1929 …..... p. 388
11.2.1. Les travaux de la Commission des assurances sociales …..... p. 389
11.2.2. Les travaux de la sous-commission médico-pharmaceutique …..... p. 391
11.2.3. L'avis de la Commission plénière …..... p. 393
11.2.4. L'analyse par article faite par la CSMF du projet de règlement d'administration publique …..... p. 396
11.2.5. Les débats autour de l'entente directe …..... p. 401
11.2.5.1. L'entente directe exclusive face à la liberté contractuelle …..... p. 402
11.2.5.2. Vers une position plus modérée en ce qui concerne l'entente directe …..... p. 407
11.2.5.3. Le tiers payant et la liberté individuelle du médecin …..... p. 412
11.3 Le règlement d'administration publique du 30 mars 1929 …..... p. 415
11.3.1. L'analyse par article …..... p. 415
11.3.2. L'accord avec le Ministre du Travail remis en cause …..... p. 419

Chapitre 12. - La discussion d'un texte de loi rectificatif …..... p. 423
12.1. Le rejet de la loi de 1928 et de son règlement d'administration publique …..... p. 423
12.2. Les conséquences de ce refus …..... p. 426
12.3. L'ouvrage du Dr Erwin Liek sur les Assurances sociales en Allemagne …..... p. 430
12.3.1. L'analyse de l'ouvrage …..... p. 430
12.3.1.1. Le contexte …..... p. 430
12.3.1.2. L'argumentaire du Dr Liek …..... p. 433
12.3.1.2.1. L'introduction …..... p. 433
12.3.1.2.2. Les méfaits des assurances sociales en Allemagne …..... p. 435
12.3.1.2.2.1. Les avantages qu'il faut reconnaître …..... p. 435
12.3.1.2.2.2. Les méfaits pour les assurés …..... p. 436
12.3.1.2.2.3. Les méfaits pour les médecins …..... p. 439
12.3.1.2.3. Les moyens de remédier à ces méfaits selon le Dr Liek …..... p. 442

12.3.1.2.4. L'étatisation du corps médical …..... p. 447
12.3.1.2.4.1. Les avantages de l'étatisation pour les médecins …..... p. 447
12.3.1.2.4.2. Les inconvénients de l'étatisation pour les médecins …..... p. 449
12.3.1.2.4.3. Les avantages et les inconvénients de l'étatisation pour les assurés …..... p. 450
12.3.1.2.5. La conclusion du Dr Liek …..... p. 452
12.3.2. L'accueil de l'ouvrage par le corps médical français …... p. 453
12.3.2.1. L'analyse du Pr Balthazard …..... p. 454
12.3.2.2. Les articles des Prs Hellpach et Eppinger sur la situation en Allemagne …..... p. 458
12.4. Le "rectificatif Loucheur" …..... p. 462
12.5. La non prise en charge du "petit risque" comme solution aux "abus" des assurés …..... p. 464
12.6. La modification de l'article 4 et l'approche d'un accord entre la CSMF et l'Etat …..... p. 467

Chapitre 13. - La loi d 30 avril 1930 sur les assurances sociales et l'accord avec la CSMF …..... p. 374
13.1. L'opinion publique, les assurances sociales et le corps médical à la veille des débats parlementaires …..... p. 374
13.2. La discussion du projet de loi devant le Sénat …..... p. 376
13.3. La discussion du projet devant la Chambre des députés …..... p. 484
13.4. Les principales modifications apportées par la Chambre …..... p. 487
13.5. Le contenu de la loi …..... p. 490
13.6. L'accueil de la loi par la CSMF …..... p. 491
13.6.1. Le corps médical globalement satisfait …..... p. 491
13.6.2. Les débats au sujet du paragraphe 7 de l'article 4 …..... p. 495
13.7. Le règlement d'administration publique et la convention …..... p. 496
13.8. L'accord historique entre la CSMF et l'Etat …..... p. 497
13.9. L'application de la loi sur les assurances sociales après 1930 ….. p. 501

Partie V. - Conclusions et perspectives …..... p. 508

Bibliographie …..... p. 525

Annexes …..... p. 535
Annexe 1. - Le “projet Grinda” de 1920 …..... p. 536
Annexe 2. - Le projet mutualiste de 1920 …..... p. 539
Annexe 3. - Articles essentiels du projet de loi du gouvernement de 1921 sélectionnés par l’Union …..... p. 547
Annexe 4. - Articles du projet de loi de 1923 intéressant le corps médical …..... p. 563
Annexe 5. - Extraits du règlement sur le service d’allocation-maladie du consortium textile de Roubaix-Tourcoing (1924) …..... p. 568
Annexe 6. - Accord intervenu entre les syndicats médicaux de Roubaix et de Tourcoing et le consortium de l’industrie textile (1924) …..... p. 571
Annexe 7. - Articles du projet de loi d’avril 1925 intéressant le corps médical …..... p. 574
Annexe 8. - Retranscription partielle du projet de loi de décembre 1925 …..... p. 581
Annexe 9. - Articles essentiels de la loi du 5 avril 1928 …..... p. 588
Annexe 10. - Articles essentiels du projet de règlement d’administration publique de janvier 1929 …..... p. 601
Annexe 11. - Principaux articles du règlement d’administration publique du 30 mars 1929 …..... p. 611
Annexe 12. - Plan du livre du Dr Erwin Liek : *Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d’y remédier* …..... p. 617
Annexe 13. - Projet de contrat type de 1929 entre les syndicats et les caisses …..... p. 622
Annexe 14. - Les principaux articles de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales …..... p. 625
Annexe 15. - Le règlement d’administration publique du 30 avril 1930 en ce qui concerne les prestations …..... p. 646
Annexe 16. - Convention-type entre les syndicats et les caisses (avril 1930) …..... p. 653
Annexe 17. - Tableau synthétique des modalités de coopération du corps médical avec les pouvoirs publics en fonction des lois et projets de loi sur les assurances sociales ..... p. 657

Résumé …..... p. 659

Liste des abréviations

- ALD : Affection de Longue Durée
- AMG : Assistance Médicale Gratuite
- AMI : Assurance Maladie-Invalidité
- AP : Assistance Publique
- AS : Assurances Sociales
- BNF : Bibliothèque Nationale de France
- CFTC : Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
- CGT : Confédération Générale du Travail
- CGTU : Confédération Générale du Travail Unitaire
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
- CV : Curriculum Vitae
- DCI : Dénomination Commune Internationale
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- FMF : Fédération des Médecins de France
- FN : Fédération Nationale
- FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité Française
- FSMA : Fédération des Syndicats Médicaux d'Alsace
- INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
- JO : Journal Officiel
- MAUSS : Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SFIO : Section Française de l'Internationale Ouvrière
- SM : Syndicats Médicaux
- SMS : Syndicat des Médecins de la Seine
- SPD : *Sozialdemokratische Partei Deutschlands* (Parti social-démocrate d'Allemagne)
- T2A : Tarification À l'Activité
- UCANSS : Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale
- UIMM : Union des Industries Métallurgiques et Minières
- USMF : Union des Syndicats Médicaux Français

Index iconographique

- Fig. 1. - *Couverture de la revue “Le Médecin Syndicaliste” de janvier 1920* …..... p. 35
- Fig. 2. - *Couverture de la revue “Le Médecin de France” de janvier 1929* …..... p. 35
- Fig. 3. - *Carte de la dissidence en 1926* …..... p. 278
- Fig. 4. - *Tract de la CSMF affiché dans les cabinets médicaux en 1930* …..... p. 429
- Fig. 5. - *Tableau des cotisations selon la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales* …..... p. 627

Partie I. - Introduction

1. Introduction générale

La Sécurité Sociale est un élément incontournable du système de santé Français, à tel point qu'il paraît aujourd'hui impensable d'en faire abstraction. Si d'après l'OMS ce système a longtemps été l'un des meilleurs du monde[1], beaucoup le considèrent aujourd'hui "en crise", pointant du doigt des difficultés financières et des inégalités croissantes d'accès aux soins.

Depuis les années 1970[2], la résorption du très médiatique "trou de la Sécu" a constitué la priorité des gouvernements successifs. Le déficit du régime général, principalement induit par la branche maladie, atteignait l'équivalent de 10 milliards d'euros au milieu des années 1990, pour connaître une amélioration transitoire jusqu'en 2001 et replonger sous la barre des 10 milliards en 2003[3]. En 1996, la Une du journal *Libération* du 24 septembre, intitulée "*Comment les médecins creusent le trou de la Sécu*"[4] avait suscité une vive émotion dans le corps médical[5]. Plus récemment, en septembre 2015, dans le contexte d'un nouveau plan de réforme du système de santé, la Une du journal *Le Parisien*[6] évoque un "*déficit abyssal*" de la Sécurité Sociale, touchant toujours en premier lieu la branche maladie. Pour le journal *Les Echos*[7], qui cite un rapport de la Cours des comptes, le retour à l'équilibre budgétaire ne serait pas à espérer avant 2021.

Parallèlement, des voix s'élèvent pour dénoncer des difficultés d'accès aux soins ambulatoires. Déjà en 2000, l'Académie de Médecine[8] soulignait que 16 à 18% des assurés sociaux n'avaient pas un accès satisfaisant aux soins courants. Or la multiplication des médecins spécialistes exerçant en secteur 2, les dépassements d'honoraires, de plus en plus fréquents et importants, ainsi que les frais d'optique, dentaires et de déficience auditive, très mal pris en charge, et les vagues de déremboursement de médicaments dits "à efficacité thérapeutique insuffisante", ne font qu'accroître la catégorie d'assurés dont il convient de se demander s'ils peuvent

1 OMS, *L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde*, communiqué de presse, 21 juin 2000. En ligne. <http://www.who.int/whr/2000/media_centre/en/whr00_press_release.pdf?ua=1>. 8 p. Consulté le 25 septembre 2015.

2 Duval, Julien, *Une réforme symbolique de la Sécurité sociale - les médias et le "trou de la Sécu"*, in *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, volume 143, Médecines, patients et politiques de santé 2002, p. 53.

3 Sécurité Sociale, *Les chiffres clés de la sécurité sociale en 2008*, Paris : République Française, 2009, p. 24.

4 Libération*, Comment les médecins creusent le trou de la Sécu*, Une, 24 septembre 1996.

5 Hassenteufel, Patrick, *Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne*, Paris : Presses de Sciences Po, 1997, p. 5, note de bas de page n°1.

6 Le Parisien, *Sécurité sociale : ce qui va changer en 2016*, Une, 24 septembre 2015. En ligne. <http://www.leparisien.fr/economie/securite-sociale-ce-qui-va-changer-en-2016-24-09-2015-5122951.php#xtref=https%3A%2F%2Fwww.google.fr%2F>. Consulté le 24 septembre 2015.

7 Les Echos, *Sécurité sociale : pas de retour à l'équilibre avant 2021, selon la Cour des comptes*, 15 septembre 2015. En ligne. <http://www.lesechos.fr/economie-france/social/021324784732-securite-sociale-pas-de-retour-a-lequilibre-avant-2021-selon-la-cour-des-comptes-1155755.php>. Consulté le 24 septembre 2015.

8 Académie nationale de médecine, *Rapport adopté par la séance du mardi 16 janvier 2001*, Paris : Académie de Médecine, 2001.

encore se faire soigner convenablement. En effet, ceux qui n'ont pas les ressources suffisantes pour s'offrir une assurance complémentaire santé mais dont les revenus dépassent néanmoins le seuil, très bas, d'accès à la CMU ressentent l'effet ciseaux entre déremboursements et dépassements comme un frein aux soins. Plus récemment, le 23 septembre 2015, le journal *Libération*[9] donnait un autre exemple et titrait "*Santé : les étudiants renoncent de plus en plus à se soigner*", mettant en avant les difficultés financières de ces derniers.

C'est dans ce contexte que la Ministre de la Santé, Marisol Tourraine, avait présenté en septembre 2014 le projet de financement de la Sécurité Sociale, visant à réduire le déficit de l'assurance maladie, principalement par un mécanisme de compensation par les autres branches[10] de la Sécurité Sociale. S'y associait un vaste projet de réforme du système de santé avec pour objectif de faciliter l'accès aux soins. Parmi les mesures phares on pouvait citer la généralisation du tiers payant d'ici 2017 et la réduction des dépassements d'honoraires, notamment à l'hôpital.

La réaction du corps médical ne s'était pas fait attendre. En mai 2015, après le vote du projet de loi, la CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français), son syndicat majoritaire, publiait un article hostile au projet :

> *"Devant l'absence de réponse du Ministère de la Santé et du gouvernement à l'expression de leur colère qu'ils ont largement exprimée depuis plusieurs semaines, les médecins sont exaspérés par leur situation et l'évolution vers la dérive bureaucratique de leur métier qui va s'accentuer avec l'application de la future loi de santé. [...]*
>
> *Ils sont légitimement inquiets devant la lourdeur des tâches administratives, et révoltés à la perspective de voir ces tâches s'accroître encore avec cette loi. Ils sont excédés, et c'est logique, par l'absence de réponse qu'a apportée le gouvernement aux mouvements et manifestations massives qui ont secoué le monde médical depuis plusieurs mois. [...]*
>
> *La CSMF rappelle son mot d'ordre de désobéissance civile dans le cadre de l'application de cette loi de santé tout particulièrement pour le tiers payant généralisé obligatoire. La CSMF continuera à se battre contre cette future loi de santé et cette dérive bureaucratique de l'exercice médical, afin de permettre aux médecins de se consacrer sereinement à leur métier : apporter les meilleurs soins à leurs patients.*"[11]

Cela en dit long sur l'importance de la question du tiers payant pour les médecins, à mettre en parallèle avec celle de l'accès aux soins.

---

9 Libération, *Santé : les étudiants renoncent de plus en plus à se soigner*, 23 septembre 2015. En ligne. <http://www.liberation.fr/politiques/2015/09/23/sante-les-etudiants-renoncent-de-plus-en-plus-a-se-soigner_1388723>. Consulté le 25 septembre 2015.

10 Principalement les branches retraite et famille.

11 CSMF, *La CSMF soutient le "Printemps" des Médecins généralistes de Roanne*, mai 2015. En ligne.<http://www.csmf.org/index.phpoption=com_content&task=view&id=1762&Itemid=541#.VVtkXfntlBc>. Consulté le 19 mai 2015.

Un regard historique nous enseigne que le corps médical, en tant que prestataire de soins, se trouve souvent en première ligne face aux reformes de santé. Si l'assurance maladie a nécessité d'indispensables adaptations au gré des évolutions sociales, c'est souvent sur les épaules des médecins qu'elles semblaient reposer. Parmi les réformes récentes, on pourra notamment citer la loi de 1999 sur la CMU, la "loi Kouchener" de 2002 qui renforce les droits à l'information et au consentement du malade, ou encore la "loi Douste-Blazy" de 2004 qui met en place le parcours de soins et le médecin traitant. Parallèlement, on note plusieurs réformes du système hospitalier, dont la loi de 2003 introduisant la tarification à l'activité (T2A) dont on peut penser qu'elle a eu un impact significatif sur l'exercice de la médecine hospitalière. A chaque réforme le corps médical semble exprimer des craintes, majoritairement dues à un sentiment de remise en cause de la médecine libérale. La question du tiers payant, souvent remise en avant pour faciliter l'accès aux soins, est sans doute l'exemple le plus emblématique.

Mais la problématique est en réalité bien plus ancienne. Sans doute remonte-t-elle même aux origines de la médecine sociale en France. Ainsi, les premières réticences du corps médical s'exprimaient déjà au milieu du XIXème siècle avec les premières lois sur l'hôpital qui fournissait des soins généralement gratuits aux plus démunis. Inévitablement, cette prise en charge des soins devait accroître le contrôle administratif pesant sur le corps médical. Les craintes des médecins, dont l'indépendance semblait remise en cause, ne devait que s'accroître en 1898 avec la loi sur l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) pour les indigents, la loi sur les accidents du travail la même année, et la loi sur les pensions de guerre en 1919, autant de lois qui, pour le corps médical, ouvraient grand les portes de l'hôpital et étendaient le tiers payant à une population non indigente. Beaucoup d'auteurs y voient d'ailleurs la naissance de "l'Etat-providence". Cela, aux yeux des médecins, soustrayait toujours plus de patients à une médecine traditionnellement libérale, au profit d'une médecine de plus en plus contrôlée par l'Etat. Le syndicalisme médical, en plein essor à cette époque, entendait ainsi défendre ce qu'il appelait "l'entente directe", c'est-à-dire l'exercice médical basé sur le règlement d'un honoraire fixé par la praticien dans le cadre du colloque singulier entre le médecin et le malade, en l'absence de tout tiers interposé.

Sur ce terrain, la lutte syndicale devait connaître son apogée avec les débats sur la création des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes concentrés sur cette période cruciale pour comprendre les enjeux des discussions entre les médecins, représentés par leurs syndicats, et l'Etat, notamment au sujet du projet sur l'assurance-maladie. Mais le vote des lois de 1928 et 1930 sur les assurances sociales ne devait pas apaiser définitivement les craintes du corps médical qui ressurgiront à chaque réforme d'un système nécessitant une adaptation aux évolutions des besoins de la société. Ainsi, dès les années 1930, la crise économique européenne devait fragiliser les finances de l'assurance-maladie et rendre nécessaire les premiers projets de réforme. A cette

occasion la CSMF signalait des entorses aux principes de la médecine libérale, consistant principalement en une remise en cause du libre choix du médecin et un trop grand contrôle des honoraires. Parallèlement, une lutte contre le charlatanisme et pour le respect de la déontologie médicale s'engage, menée par les syndicats médicaux. Celle-ci s'intègre directement au processus de professionnalisation du corps médical, étroitement liée à son identité libérale et supposant son autocontrôle. Elle préfigurait déjà la création ultérieure de l'Ordre des Médecins.

L'avènement de la Sécurité Sociale en 1945 par le Conseil national de la Résistance marque l'aboutissement de "l'Etat-providence" et le début de l'histoire moderne des assurances sociales. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, les différentes branches des assurances sociales suivent une dynamique de regroupement et d'extension à une population toujours plus large pour finalement se généraliser. Les enjeux des relations entre les syndicats médicaux et les pouvoirs publics semblent perdurer autour des mêmes déterminants : préservation de l'identité libérale au travers de l'entente directe et du libre choix, le tout s'articulant autour de l'argument central de la préservation de la qualité des soins. Chaque réforme semble les faires ressurgir, au gré de l'évolution de la Sécurité Sociale. Dans les années 1950 et 1960, portée par une situation économique favorable, cette évolution se caractérise par un renforcement de la gestion publique d'un système centralisé et généralisé[12], qui assoit le contrôle de l'Etat sur les assurances sociales obligatoires. Pour certains auteurs, dont Henri Hatzfeld, ce n'est qu'à partir de là que la santé des assurés sera prise en charge telle que les instigateurs des assurances sociales l'avaient initialement imaginé[13]. Avec les difficultés économiques et le chômage des années 1970, la Sécurité Sociale et sa branche maladie connaîtront les premières difficultés financières sérieuses. A partir de là, la majeure partie des réformes auront pour objectif d'en améliorer le financement, passant entre autre par une réduction des dépenses. Une des cibles principales est le corps médical qui constitue le prescripteur déterminant des dépenses de santé[14]. Le contrôle de l'Etat sur les médecins se verra renforcé, de même que les craintes de la profession. Mais les réformes successives ne parviendront jamais à endiguer totalement un déficit qui ne cessera de se creuser jusque dans les années 1990 pour perdurer de nos jours, associé à des difficultés d'accès aux soins.

Ce rapide aperçu de l'histoire globale des assurances sociales nous montre la continuité des enjeux sous-tendant le développement de la protection sociale en France depuis ses origines jusqu'à nos jours. C'est dans les moments où le corps médical organisé connaîtra la pression la plus forte en ce qui concerne les lois sociales, c'est-à-dire dans l'entre-deux-guerres, que ces enjeux s'exprimeront le plus

12 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, *Un siècle de Sécurité Sociale 1881-1981 : l'évolution en Allemagne, France, Grande Bretagne, Autriche et Suisse*, Nantes : CRHES, 1982, pp. 182 - 183.
13 Hatzfeld, Henri, *Du paupérisme à la Sécurité Sociale 1850 - 1940*, Nancy : Presse universitaire de Nancy, 1989, p. 289.
14 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 189.

nettement. Paradoxalement, c'est une période de la médecine sociale peu étudiée et les ouvrages historiques la concernant sont peu nombreux. Cela est d'autant plus vrai si l'on considère les rapports entre le corps médical et l'Etat. Seuls deux auteurs font exceptions par des travaux majeurs en la matière : Patrick Hassenteufel et Henri Hatzfeld. C'est pour ces raisons que nous nous sommes concentrés sur cette période dans notre travail, en la réduisant quelque peu de 1919 à 1930 pour étudier plus spécifiquement les débats entourant le développement des lois sur les assurances sociales de 1928 et 1930. L'USMF (Union des Syndicats Médicaux Français) et la CSMF qui lui fait suite étant les seuls organes représentatifs du corps médical durant cette période, c'est logiquement sur les archives de ces organismes syndicaux que nous nous sommes basés pour notre étude. Devant le volume de ces archives et la quantité d'informations passionnantes qui pouvait en être tiré, nous avons choisi de passer sous silence ou presque l'application des lois après 1930 qui pourraient faire l'objet d'une étude spécifique.

Au-delà de la dimension historique passionnante, notre objectif est de donner, au travers d'un travail modeste et encore incomplet malgré sa longueur, certaines clés pour comprendre les enjeux actuels et futurs des assurances sociales dans notre pays. Comme le souligne très justement Henri Hatzfeld, en introduction de son ouvrage majeur sur les origines de la Sécurité Sociale, "*l'Histoire dépérit lorsqu'elle ne concerne plus que les historiens*"[15]. C'est la raison pour laquelle nous espérons qu'elle apportera à certains confrères et à d'autres lecteurs intéressés, un regard nouveau sur l'exercice pratique de la médecine et particulièrement sur sa dimension sociale.

C'est ainsi qu'après avoir présenté le matériel documentaire et la méthode utilisée, nous allons donner un bref aperçu de l'histoire des assurances sociales avant la Première Guerre mondiale, pour finalement aborder le cœur de notre sujet, à savoir les relations entre le corps médical et les pouvoir publics entre 1919 et 1930 dans le cadre du développement des assurances sociales. Notre travail s'articulera autour d'un plan en cinq parties correspondant aux principaux évènements syndicaux : la présente introduction, la période s'étalant de 1919 à 1926 date à laquelle le syndicalisme médical connaîtra sa première scission, les années 1926 à 1928 durant lesquelles l'USMF coexistera avec la "Fédération" (parfois assimilée à la FMF : Fédération des Médecins de France), la période 1928 - 1930 durant laquelle le syndicalisme se réunifiera sous la forme de la CMSF et, enfin, la conclusion. D'autre part, il sera subdivisé en treize chapitres correspondant chacun, à quelques exceptions près, à un projet de loi où à une réforme.

15 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. VII.

2. Matériel et méthode

2.1. Les sources documentaires utilisées

Notre étude se base essentiellement sur l'étude des archives de la CSMF, qui contiennent également celles de l'USMF (Union des Syndicats Médicaux Français) et de nombreux documents concernant la FMF (Fédération des Médecins de France).

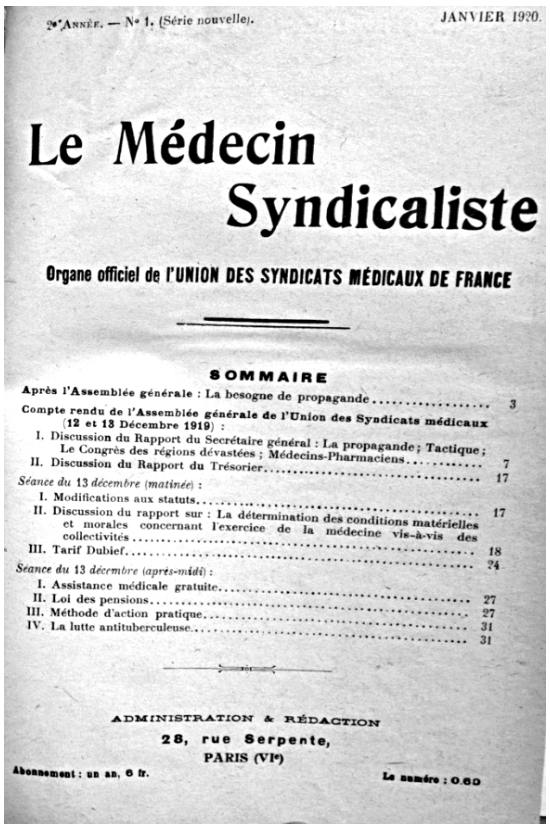
Nous avons porté notre choix sur cette source documentaire pour plusieurs raisons. La première et principale est que, durant l'entre-deux-guerres, les syndicats de médecins, regroupés en fédérations (USMF jusqu'en 1926, USMF et FMF de 1926 à 1928, et CSMF à partir de 1928), sont quasiment les seuls interlocuteurs des pouvoirs publics. En effet, il n'existe pas d'Ordre des médecins avant la Seconde Guerre mondiale. Si les débats sur les assurances sociales étaient retranscrits quelque part, ils avaient donc toutes les chances de l'être dans ces archives.

Une autre raison essentielle est la subjectivité de cette source. Loin d'être uniquement un obstacle, elle nous a paru particulièrement intéressante. La façon dont les débats ont pu être déformés par le regard syndical en dit long sur les enjeux - parfois non avoués - des discussions internes et externes aux syndicats.

Enfin, ces archives sont aisément accessibles, particulièrement détaillées et sont dans un excellent état de conservation.

Les archives se situent actuellement au siège de la CSMF, au 79, rue de Tocqueville dans le 17ème arrondissement de Paris. Nous avons consulté ces archives courant décembre 2011. Dans leur totalité, elles couvrent une période s'étendant des années 1890 jusqu'à nos jours, avec des interruptions durant les deux Guerres Mondiales.

Elles consistent essentiellement en deux publications : *Le Médecin Syndicaliste* jusqu'en 1928 et *Le Médecin de France* à partir de 1929 jusqu'à aujourd'hui. Le premier était publié à un rythme mensuel, le second est un bi-mensuel. Ces deux revues étaient - et sont toujours - destinées aux médecins syndiqués auprès de la CSMF. Selon des modalités qui nous restent inconnues, elles ont été regroupées ultérieurement, avec quelques "hors-séries", dans des livres par années et c'est ainsi qu'elles sont présentées dans les archives.


2e Année. — N° 1. (Série nouvelle). JANVIER 1920.

Le Médecin Syndicaliste

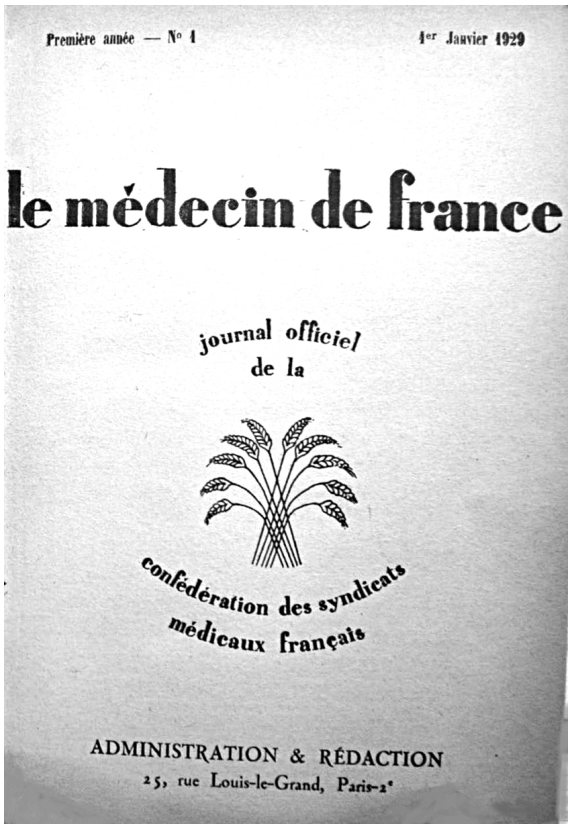
Organe officiel de l'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

SOMMAIRE

Après l'Assemblée générale : La besogne de propagande 3
Compte rendu de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux (12 et 13 Décembre 1919) :
I. Discussion du Rapport du Secrétaire général : La propagande ; Tactique ; Le Congrès des régions dévastées ; Médecins-Pharmaciens 7
II. Discussion du Rapport du Trésorier 17
Séance du 13 décembre (matinée) :
I. Modifications aux statuts 17
II. Discussion du rapport sur : La détermination des conditions matérielles et morales concernant l'exercice de la médecine vis-à-vis des collectivités 18
III. Tarif Dubief 24
Séance du 13 décembre (après-midi) :
I. Assistance médicale gratuite 27
II. Loi des pensions 27
III. Méthode d'action pratique 31
IV. La lutte antituberculeuse 31

ADMINISTRATION & RÉDACTION
28, rue Serpente,
PARIS (VIe)
Abonnement : un an, 6 fr. Le numéro : 0.60

Fig. 1. - *Couverture de la revue "Le Médecin Syndicaliste" de janvier 1920.*


Première année — N° 1 1er Janvier 1929

le médecin de france

journal officiel de la

confédération des syndicats médicaux français

ADMINISTRATION & RÉDACTION
25, rue Louis-le-Grand, Paris-2e

Fig. 2. - *Couverture de la revue "Le Médecin de France" de janvier 1929.*

Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes limités à la consultation des années 1914 à 1939 qui totalisent près de 25 000 pages. Ces archives n'ont pas été analysées sur place, mais photographiées pour une étude ultérieure.

En raison de ce volume, notre analyse s'est plus particulièrement concentrée sur la période 1919 - 1930, qui revêt une importance historique particulière et qui totalise à elle seule environ 12 500 pages. C'est cette période qui constitue le cœur de notre travail et durant laquelle furent débattus les enjeux essentiels des assurances sociales en France. Durant ces années, presque toutes les pages concernent la médecine sociale (protection sociale, hygiène et assurances sociales) dans des proportions variables en fonction des années considérées. Une minorité de pages concerne d'autres sujets : la vie syndicale et la formation médicale notamment. Durant les années 1910 et jusqu'au milieu des années 1920, les sujets de prédilection concernent la protection sociale non assurantielle : l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) pour les plus démunis, les accidents du travail (loi de 1898) et les pensions de guerre (loi de 1919) au lendemain du conflit. Durant les années 1920, les débats vont progressivement se recentrer sur la création des assurances sociales et principalement sur l'assurance maladie jusqu'au début des années 1930, à partir desquelles l'application de la loi sur les assurances sociales sera au premier plan. On note encore, surtout à partir de la fin des années 1920, un intérêt croissant

porté à la création d'un Ordre des médecins, question qui semble indissociable de celle des assurances sociales.

Après ce premier survol, les archives sélectionnées ont fait l'objet d'une seconde lecture approfondie, venant confirmer les thèmes abordés, et ayant pour principal objectif de déterminer les enjeux des débats sur les assurances sociales en France. Il faut d'emblée préciser que cette tâche s'avère particulièrement difficile à la fin de années 1910 et au début des années 1920, années durant lesquelles le syndicalisme semble hésitant, voire embarrassé, et ne parvient pas à déterminer de ligne de conduite très claire.

Enfin, une troisième lecture détaillée a permis de retenir les textes essentiels à la compréhension du sujet et de sélectionner les citations que nous avons retranscrites dans notre travail. Malgré leur nombre et la longueur de certaines d'entre elles, elles ne représentent qu'une infime partie, scrupuleusement choisie, du volume colossal de texte publié dans les archives syndicales.

Afin de mettre en perspective ces archives et de mieux cerner la subjectivité des textes qu'elles contiennent, nous avons fait appel à de nombreux autres ouvrages. Ils peuvent globalement être classés en deux catégories : ceux qui concernent les assurances et la protection sociales, et ceux qui traitent du syndicalisme médical.

La première catégorie est, d'une manière générale, relativement fournie en textes de lois et divers ouvrages sur l'histoire de la médecine sociale en France. On pourra citer deux ouvrages généralistes majeurs dans ce domaine : "*La Sécurité Sociale - son histoire à travers les textes*", ouvrage en trois tomes sous la direction de Pierre Leclerc, dont le second tome traitant de la période 1870 - 1945 et publié en 1996 nous intéresse particulièrement, et l'ouvrage intitulé "*Un siècle de Sécurité Sociale 1881-1981 : l'évolution en Allemagne, France, Grande Bretagne, Autriche et Suisse*" sous la direction de Peter A. Köhler et Hans Friedrich Zacher, publié en 1982.

Les livres qui traitent spécifiquement des rapports entre le corps médical et les assurances sociales sont en revanche plus rares. Mis à part le syndicalisme médical, seuls deux auteurs semblent avoir traité spécifiquement la question. Il s'agit de Patrick Hassenteufel qui y a consacré un livre essentiel, "*Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne*", publié en 1997, ainsi que d'autres articles, et Henri Hatzfeld avec son ouvrage majeur publié en 1989 intitulé "*Du paupérisme à la Sécurité Sociale 1850 - 1940*"[16]. On pourra encore mentionner l'ouvrage d'un médecin Allemand, le Dr Erwin Liek, publié en 1926 et traduit en français en 1929 sous le titre "*Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier*", qui aura une influence non négligeable sur les débats en France. Mais il

16 Cet ouvrage ne traite pas uniquement des rapports entre les médecins et les assurances sociales, mais le sujet est tout de même abordé de façon relativement détaillée et fait l'objet d'une analyse très fine.

se situe en marge de cette catégorie dans la mesure où il s'agit bien d'avantage d'un livre au service de la lutte syndicale que d'une étude historique ou autrement dit d'une source primaire.

Pour ce qui est de la seconde catégorie, les sources documentaires sur le syndicalisme médical français et les débats qui l'animent sont là encore peu nombreuses. En faisant abstraction des archives de la CSMF, seule une source indépendante traite à notre connaissance du sujet sur la période qui nous intéresse. Il s'agit de la thèse de George Battesti intitulée "*Historique du syndicalisme médical en France*". A noter qu'elle demeure très succincte sur l'influence des assurances sociales et de l'assurance maladie sur le syndicalisme médical.

2.2. Les limites de ces sources

En détaillant ainsi le matériel bibliographique que nous avons utilisé, les principales limites de notre travail apparaissent d'elles-mêmes.

Une des plus importantes est le manque d'objectivité de la source principale, à savoir les archives de la CSMF. En effet, cette subjectivité n'est pertinente que si elle est correctement cernée et si ses déterminants sont bien connus. Le manque de sources indépendantes rend cette tâche particulièrement difficile. Par ailleurs, cette remarque demeure vraie pour tous les aspects de notre sujet.

Il faut encore rappeler que les archives que nous avons consultées sont constituées de revues rassemblées en volumes d'une année chacun. Mais rien ne permet d'exclure d'éventuelles modifications *a posteriori* lors de ce processus de réédition. En effet, il est très difficile - voir impossible pour certaines années - de retrouver les originaux de ces revues. Quelques unes d'entre elles sont disponibles sur le site internet de la Bibliothèque nationale de France (BNF)[17] et ne montrent pas de différences significatives[18] avec les documents en notre possession.

De plus, comme nous l'avons déjà signalé, les archives de la CSMF ne couvrent pas les deux Guerres mondiales. Peu d'ouvrages traitent d'ailleurs de la médecine sociale durant ces périodes et aucun, à notre connaissance, ne traite du syndicalisme médical. Cela constitue une autre limite de notre étude, dans la mesure où ces conflits semblent avoir influencé de manière significative le développement de la protection sociale en France et ultérieurement du système assurantiel obligatoire.

Par ailleurs, très peu de sources nous renseignent sur les relations extra-syndicales entre les pouvoirs publics et les médecins. Si une chose semble certaine, c'est qu'elles existent ; les archives les mentionnent à plusieurs reprises. De nombreuses fois, par exemple, des médecins se sont semble-t-il entretenus avec des parlementaires en dehors du cadre syndical. Mais aucun document que nous

17 Catalogue en ligne de la BNF : http://catalogue.bnf.fr

18 On note tout au plus quelques modifications de mise en forme.

avons pu consulter ne permet de connaître la nature exacte de ces relations ni dans quelle mesure elles ont eu une influence dans les débats. Cela limite de toute évidence la compréhension que nous avons des échanges entre le corps médical et les pouvoirs publics.

Enfin, nous ne ferons que citer d'autres limites, à savoir l'exactitude et l'objectivité des traductions de certains ouvrages ou articles en langues étrangères, notamment l'ouvrage allemand du Dr Liek, l'exactitude souvent invérifiable de certains propos rapportés ou des chiffres présentés dans les archives syndicales, ou encore, plus accessoirement, la présence de fautes de frappes ou d'erreurs de dates à quelques endroits des archives que nous avons consultées.

3. L'histoire de la protection sociale jusqu'en 1918

En premier lieu, il est important de noter que la protection sociale en Europe trouve presque toujours ses origines dans la salubrité publique et dans les conditions de travail de la population. Initialement, c'est la misère qu'il s'agit de combattre.[19] En France, une des premières lois de ce type, voulue par Napoléon, est le décret du 5 juillet 1808 instituant les dépôts de mendicité dans tous les départements.[20] Poursuivant le même objectif, le système hospitalier sera créé dans les années 1850, puis l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) pour les indigents par la loi du 9 avril 1898. Ces "mendiants"- ou "indigents" - ne sont pas forcément des gens sans emploi[21] ; certains d'entre eux travaillant sans pouvoir subvenir à leurs besoins. Parallèlement, le processus d'industrialisation fait peser de nouveaux risques sur la population. C'est ainsi que les premières lois de médecine sociale peuvent être vues comme des réponses à des enjeux posés par des modifications de l'organisation du travail au sein de la société.[22] Ces modifications ont été de différentes natures, selon l'époque et les pays, en fonction des influences sociales, économiques, juridiques et politiques. Elles peuvent notamment concerner les revenus, l'offre et la demande en matière d'emploi, l'hygiène du travail ou la répartition des moyens de production. Il en résulte généralement une fragilisation d'une partie de la population, souvent la plus pauvre, qui doit s'adapter - parfois rapidement - à de nouvelles conditions de travail. C'est ainsi que le processus d'industrialisation en Europe va profondément changer le modèle économique existant et redéfinir les conditions de travail de la population, créant une nouvelle classe sociale vulnérable, à savoir la classe ouvrière. C'est ainsi que Henri Hatzfeld, dans son ouvrage sur la Sécurité Sociale,

19 Hatzfeld, Henri, *Du paupérisme à la Sécurité Sociale 1850 - 1940*, Nancy : Presse universitaire de Nancy, 1989, p. 7.

20 Idem. Cette loi sera un échec.

21 Ibid., p. 8.

22 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, *Un siècle de Sécurité Sociale 1881-1981 : l'évolution en Allemagne, France, Grande Bretagne, Autriche et Suisse*, Nantes : CRHES, 1982. Voir pp. 15 - 21 pour l'Allemagne, p. 135 et 139 pour la France et pp. 219 - 220 pour le Royaume Uni. Pour la France, voir également Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 25.

voit l'origine des lois sociales et de la médecine sociale non seulement dans le paupérisme[23], mais plus précisément dans la paupérisation des travailleurs.[24]

Le point de départ des assurances sociales en Europe est donc essentiellement un risque social généralement lié au travail (chômage, retraite, accidents et maladies professionnelles) auquel il va falloir répondre.[25] Cette réponse peut se concevoir selon deux axes : d'une part l'anticipation par une action en amont et, d'autre part, la solidarité et la charité en aval. Dans le premier cas il s'agit de prévenir un risque, soit en le supprimant si c'est possible, soit en l'assurant s'il est jugé partiellement ou totalement inévitable. Cette stratégie nécessite un minimum recul sur la situation et une organisation généralement complexe. L'autre stratégie se base sur une action *a posteriori*, une fois que le risque s'est réalisé, basée sur la solidarité, la charité et l'entraide à petite échelle. Elle est généralement la première à se mettre en place car ne nécessite pas d'organisation lourde et peut être considérée comme une solution d'urgence, bien que dans de nombreux cas elle soit amenée à perdurer.

De ce principe de base vont découler d'autres problématiques. La principale est que, si l'industrialisation peut être source d'insécurité sociale, cette insécurité peut elle-même devenir un frein à l'industrialisation, qui nécessite notamment une main d'œuvre en bonne santé pour se développer. Il existe donc un équilibre entre intérêts économiques et préservation du "bien-être" de la population. Cela va amener les pouvoirs publics à prendre progressivement conscience de l'importance de la politique sociale pour la pérennité du modèle économique d'un pays. Il en découlera une volonté de l'Etat de contrôler de façon plus ou moins directe la prise en charge des risques sociaux. Bien que de nombreuses initiatives privées aient vu le jour, avec une importance variable selon les pays, l'Histoire nous enseigne que l'intervention de l'Etat paraît quasi inévitable, car il est le garant de la stabilité socio-économique et le seul à pouvoir établir des règles de fonctionnement et un financement à grande échelle au travers de l'appareil législatif. Ce contrôle étatique s'établira sur tous les acteurs des lois sociales et notamment sur les médecins, surtout en ce qui concerne le risque maladie.

Dans cette première partie nous allons retracer l'histoire de la politique sociale jusqu'à la première guerre mondiale, en tentant de cerner les besoins qui ont amené à son développement, et ont formé les bases des assurances sociales débattues dans l'entre-deux-guerres. Il nous faudra étudier la protection sociale française, bien sûr, mais aussi le système allemand, dans la mesure où ce pays a été un précurseur en la matière, mais également en raison de l'annexion de l'Alsace-Lorraine de 1871 à 1918 qui bénéficiera durant cette période du système

23 Terme venant de l'anglais *pauperism*, apparu en 1929, qui désigne la pauvreté d'une classe sociale donnée.
24 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 13.
25 Ibid., p. 25.

d'assurance allemand, ce qui sera lourd de conséquences lors de son rattachement à la France au lendemain de la Première Guerre mondiale.

Nous prendrons comme point de départ le processus d'industrialisation en Europe, bien qu'il existe quelques exemples de systèmes de protection sociale antérieurs, notamment celui des marins mis en place par Louis XIV en 1671. Ainsi, l'industrialisation constitue une révolution majeure du système socio-économique et le vecteur principal du développement des systèmes d'assurances sociales modernes.

Nous ne détaillerons pas excessivement la présente partie afin de ne pas surcharger notre travail. Nous nous limiterons aux seuls aspects nécessaires à la compréhension de ce qui constitue le cœur de notre travail, à savoir la période s'étalant de 1919 à 1930. Pour une étude plus détaillée, le lecteur pourra se reporter à l'ouvrage de Henri Hatzfeld, "*Du paupérisme à la Sécurité Sociale - 1850-1940*".

3.1. L'industrialisation et la naissance de nouveaux besoins

L'industrialisation est un processus historique s'étendant globalement de la fin du XVIIIème à la fin du XIXème siècle - avec un début variable selon les pays - durant lequel les sociétés passent d'un modèle essentiellement basé sur l'agriculture et la mécanisation à un modèle industriel. Entre 1770 et 1780, avec le développement des premières machines à vapeur, la Grande Bretagne sera le premier pays d'Europe à amorcer ce changement, qui sera relativement brutal, d'où le terme parfois employé de "révolution industrielle". Suivra la France, dans les années 1820 et 1830, avec le développement du métier à tisser et des premiers chemins de fer. L'Allemagne entra dans l'âge industriel vers 1870. Ce processus, rapide en Grande Bretagne, sera plus progressif dans les autres pays d'Europe s'étendant sur environ un siècle jusqu'à la crise de 1929[26].

Jusqu'au XIXème siècle, le modèle socio-économique largement dominant en Europe était basé sur l'agriculture et l'artisanat, avec une part importante de la population vivant en zones rurales. Les risques sociaux (chômage, maladies, accidents, handicap, retraites, etc.) étaient très majoritairement gérés individuellement grâce à la fortune personnelle, les aides individuelles et la charité (religieuse notamment)[27]. En effet, le mode de vie rural favorisait l'entraide en permettant la création de liens sociaux, d'autant plus forts que l'on considère des communautés d'effectifs restreints et isolées. Ainsi, dans les villages et hameaux, les habitants tissaient plus facilement des liens sociaux propices à l'entraide

26 Les limites précises du développement industriel sont variables selon les pays et semblent sujettes à discussions parmi les historiens. Toutefois, l'année 1929, avec la crise qui l'accompagne, semble marquer de façon relativement consensuelle, la fin du processus d'industrialisation, du moins en Europe.

27 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit. pp. 135 - 137 et p. 151.

mutuelle que dans les villes. D'une part, il existait une meilleure connaissance d'un voisinage moins étendu et plus stable et, d'autre part, pour des raisons culturelles, l'organisation du travail rural s'articulait d'avantage autour de l'échange de main-d'œuvre que du salariat. Dans les campagnes, un paysan manquant par exemple de bras pour les récoltes faisait appel à son entourage (voisins, amis, famille, connaissances) pour lui prêter main forte, en échange de quoi il leur apportait son aide en cas de nécessité. Ce système, contrairement au salariat, ne créé pas deux catégories distinctes et stables, l'employeur et l'employé, mais fait passer les individus alternativement d'une catégorie à l'autre au gré des besoins. Il en allait de même pour les aléas de la vie et les risques sociaux étaient gérés en grande partie par des échanges de bons procédés.[28]

L'industrialisation va progressivement bouleverser ce modèle social et ceci pour plusieurs raisons. De nombreuses industries voient le jour dans les grandes villes d'Europe, plus faciles d'accès et avec plus de main d'œuvre disponible (en raison d'une croissance démographique[29] urbaine forte, notamment en Allemagne) que dans les zones rurales. Elles attireront également les populations rurales en quête d'emplois. La croissance démographique ayant provoqué une hausse du chômage (l'offre d'emploi étant globalement inférieure à la demande), les emplois dans l'industrie étaient, à cette époque, très recherchés.[30] Il en découlera deux conséquences : d'une part l'augmentation du salariat et, d'autre part, l'accroissement de l'urbanisation.

En ce qui concerne l'essor du salariat dans l'industrie, cela va créer deux catégories sociales opposées : les patrons d'un côté et les ouvriers de l'autre.[31] Il faut noter qu'au début de l'industrialisation on ne parle pas encore de "classe ouvrière" dans la mesure où la définition d'une classe sociale implique une certaine forme d'auto-organisation qui n'existe pas initialement. Ainsi va naître un déséquilibre dans les relations sociales entre employeurs et employés, aboutissant à l'établissement progressif d'un rapport de force entre ces deux catégories : le travail ne se base plus majoritairement sur des échanges réciproques, mais plutôt sur l'utilisation d'une catégorie sociale au profit d'une autre, détentrice des moyens de production. L'Europe entre donc de ce fait dans l'économie capitaliste, caractérisée par la propriété privée des moyens de production. Ainsi, selon Henri Hatzfeld, "*la nouvelle féodalité, la féodalité industrielle, asservit sans pitié ceux qui travaillent pour elle et qu'elle abandonne à leur misère*"[32] Il ajoute, quelques pages plus loin :

---

28 Ce paragraphe se base principalement sur le source suivante : Sabourin, Eric, *L'entraide rurale, entre échange et réciprocité*, in *Vers une autre science économique (et un autre monde ?)*, Revue du MAUSS, n° 30, février 2007, pp. 198 - 217.

29 Au cours du XIXème siècle, la population allemande passe de 23 à 56 millions d'habitants (source : Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit. p. 15).

30 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit. p. 17.

31 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 11.

32 Ibid., p. 9.

"L'industrie qui les [les populations de travailleurs, NDLR] a convoquées ne les fait vivre que quand elle a besoin d'elles et sitôt qu'elle peut s'en passer, elle les abandonne sans le moindre souci"[33].

Mais toujours est-il que le capitalisme implique la préservation des intérêts économiques des détenteurs des moyens de production. Comme le précise Yves Saint-Jours, dans un ouvrage collectif sur l'histoire de la Sécurité Sociale, "*la révolution industrielle a eu pour effet de dépouiller, au fur et à mesure de son développement, de larges couches de la population de tout droit de propriété sur les moyens de production et de les jeter dans une misère effroyable*"[34]. Il en résulte des conditions de travail peu réglementées et particulièrement dures pour les ouvriers. Yves Saint-Jours poursuit : *"Il est impossible de donner, en quelques lignes, une idée exacte de ce que fut l'enfer de la condition ouvrière au début de la révolution industrielle. [...] Les facteurs essentiels en étaient la durée et les conditions du travail, l'insuffisance des salaires et l'insalubrité des logements et des ateliers.*"[35] A titre d'exemple, le médecin allemand Erwin Liek, dans son ouvrage publié en 1929 et intitulé "*Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier*" dresse un portrait édifiant des conditions de travail des mineurs allemands :

> "*Nous avons parcouru de longues galeries, rencontré des hommes demi-nus, méconnaissables dans la sueur et la poussière du charbon, occupés à l'abatage, des charpentiers et des maçons exécutant leurs durs travaux. C'était une fosse ouverte depuis peu, munie de tous les perfectionnements techniques, supérieurement installée. Et pourtant, quelle sensation de gêne, d'oppression : l'air renfermé, humide, ruminé, réabsorbé, malgré la ventilation artificielle, le ruissellement de nombreux filets d'eau, l'éclairage trouble, le craquement des dépôts de pierre et de boisages, l'odeur particulière de la suie, du poussier de charbon, de la benzine, de l'huile, des substances explosives, etc.*"[36]

Quelques lignes plus loin, il fait état de la situation dans les forges et les fonderies : "*Là aussi j'eus une impression identique, travail difficile, dangereux, souvent nuisible à la santé [...]*"[37]. Non seulement le travail est pénible et nuisible pour la santé, mais il s'est également précaire, comme le remarque Henri Hatzfeld : "*Le chômage a été au XIXème siècle l'un des éléments les plus tragiques de la condition ouvrière, sa hantise suffisant à empoisonner la vie des travailleurs.*"[38] En effet, l'offre d'emploi dans l'industrie, qui initialement permettait d'assurer un travail à presque tous les ouvriers - les faisant même passer pour une "*classe privilégiée*" -,

33 Ibid., p. 25.
34 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, op. cit., p. 135.
35 Ibid., p. 139
36 Liek, Erwin, *Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier*, traduction française de Raoul Lantzenberg et Edgard Lantzenberg. Paris : Payot, 1929, p. 23 - 24.
37 Ibid., p. 25.
38 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 26.

est rapidement submergée par l'augmentation de la demande liée à la croissance démographique[39].

Sans parler des logements, que le Dr Liek décrit en ces termes :

> "*Une quantité de misère inimaginable à vous serrer le cœur. Il y avait des vieilles femmes, par exemple, qui, avec six ou quatre marks par mois devaient arriver à s'entretenir et à vivre ; il y avait de petits logements surpeuplés, humides, sombres, sales, non, plutôt des cavernes, où vivaient ensemble des enfants émaciés, pales, cachectiques, au milieu de parents malades, souvent d'une affection contagieuse. Foyers de tuberculose, d'alcoolisme, de maladies des voies génitales.*"[40]

Il en résultera une nette dégradation de l'état de santé de cette population. A l'incertitude de conserver son emploi venait donc se confronter la quasi-certitude de la maladie, de l'infirmité et de la vieillesse. Friedrich Engels, dans son ouvrage "*La situation de la classe laborieuse*[41] *en Angleterre*" publié en 1845, présente d'ailleurs l'industrialisation comme la source de l'état misérable dans lequel se trouvaient les travailleurs[42].

La croissance de l'urbanisation, quant à elle, aura d'autres conséquences partiellement corrélées à l'essor du salariat. En effet, l'augmentation de la population urbaine est à la fois une cause et une conséquence du salariat : d'une part, l'offre d'emploi dans les villes est majoritairement le salariat dans l'industrie et, d'autre part, les populations initialement rurales, attirées par les offres d'emplois se regroupent dans les villes. Il en résultera un isolement de cette population face aux risques sociaux, l'organisation du travail ne se basant plus sur l'entraide mutuelle et les travailleurs ayant dans tous les cas des conditions d'existence trop misérables pour s'apporter un quelconque soutient efficace. Ainsi, les ouvriers se concentrent dans de grands centres urbains où les liens sociaux se tissent avec bien plus de difficultés que dans les campagnes et avec initialement quasiment aucun moyen de faire face aux aléas de la vie.

L'industrialisation a donc créé de nouveaux besoins en matière sociale. La nouvelle organisation du travail a fragilisé la capacité des individus à trouver les ressources nécessaires pour gérés les aléas sociaux auxquels ils étaient confrontés. D'autre part, elle a induit de nouvelles difficultés propres aux conditions de travail : nombreux accidents et maladies professionnelles, cadences de travail infernales, salaires insuffisants, absence de retraites, emplois parfois précaires, peu de droits pour les salariés. La synergie de ces deux facteurs aboutira à une véritable crise de la condition ouvrière. A ce propos, Henri Hatzfeld résume les trois déterminants de la

39 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, op. cit., p. 17.

40 Liek, Erwin, 1929, op. cit., p. 25 - 26.

41 Il faut comprendre la "classe ouvrière".

42 Engels, Friedrich, *La situation de la classe laborieuse en Angleterre*, traduction française de Gilbert Badia et Jean Frédéric, Paris : Éditions sociales, 1960, 413 p.

"condition ouvrière"[43] : développement inéluctable du salariat, insuffisance des revenus ouvriers, leur caractère aléatoire et l'incertitude dans laquelle ils maintiennent la condition ouvrière. Il précise, concernant le salariat, reprenant notamment Friedrich Engels, que "*la condition salariale ce n'est pas seulement [...] le minimum de subsistance, c'est encore le renforcement par le travailleur lui-même des conditions de son exploitation, c'est sa réduction à un état d'insécurité grandissante*"[44].

Cela poussa les ouvriers à s'auto-organiser, initialement avec beaucoup de difficultés, et les pouvoirs publics à élaborer des solutions afin de répondre aux défis posés par un nouveau modèle économique. Il ne faut donc pas voir les lois sociales - et la Sécurité Sociale en particulier - comme un contre-pouvoir au capitalisme. En réalité, comme le souligne la question posée par Henri Hatzfeld, la situation est bien plus complexe : "*La Sécurité sociale n'est-elle pas un élément qui contribue au bon fonctionnement du capitalisme tel que nous le connaissons aujourd'hui ? Question qui permet de mettre en lumière l'ambivalence de cette institution.*"[45]

Si les nouveaux besoins sociaux induits par l'industrialisation ont globalement été les mêmes dans la plupart des pays d'Europe, il n'en est pas de même des moyens mis en œuvre pour y répondre, qui eux ont significativement varié d'un pays à l'autre. C'est la raison pour laquelle, dans le présent paragraphe, nous n'avons pas détaillé la situation pour chaque pays. Il n'en sera pas de même pour la suite de ce chapitre.

3.2. Les premières initiatives en matière sociale

Notons tout d'abord que l'essor des lois sociales en France est indissociable du modèle des assurances sociales institué par Bismarck en Allemagne à la fin du XIXème siècle et cela pour deux principales raisons. La première est que, au lendemain de la Première Guerre mondiale, l'Alsace-Lorraine, qui bénéficiait du système allemand, est restituée au territoire français, ce qui fera émerger un épineux problème : faut-il étendre le système d'assurances sociales en vigueur en Alsace-Lorraine à tout le territoire français ? L'autre raison est que l'Allemagne fait office de précurseur en matière d'assurances sociales, Bismarck mettant en place le premier système de ce type à la fin du XIXème siècle, et influencera inévitablement la politique sociale dans les autres pays d'Europe. Concernant ce deuxième point, il faut tout de même souligner que, dans le cas particulier de la France, l'influence de l'Allemagne est sujette à débats parmi certains auteurs, dont une partie affirme que du fait de la guerre franco-allemande de 1870-1871, tout ce qui provenait d'Allemagne à cette époque était accueilli avec la plus grande réticence. Il faut

43 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 25.
44 Ibid., p. 25.
45 Ibid., p. 30.

encore préciser que l'Allemagne fait office de précurseur en matière d'assurances sociales et non de politique sociale au sens large. En effet, d'autre pays d'Europe avaient pris des mesures sociales avant elle[46], mais il s'agit du premier pays à avoir instauré un système d'assurance obligatoire organisé à l'échelle nationale.

C'est ainsi que nous allons distinguer deux parties dans la suite de ce chapitre : le développement du système allemand de Bismarck d'une part et, d'autre part, les initiatives françaises en matière sociale. Nous allons tenter de cerner, de façon aussi concise que possible, les grandes lignes du développement des systèmes de protection sociale dans ces deux pays, jusqu'à la Première Guerre mondiale au lendemain de laquelle il viendront converger.

3.2.1. Le modèle allemand de Bismarck[47]

La naissance du système d'assurances sociales en Allemagne s'articule essentiellement autour de trois entités : les ouvriers, le patronat et le pouvoir politique. Le corps médical, quant à lui, bien qu'impliqué dans le développement de ce système, l'est bien moins dans sa naissance. Il faut donc le considérer comme légèrement excentré par rapport au triptyque central que nous allons considérer dans l'exposé chronologique qui va suivre.

3.2.1.1. De la situation socio-politique initiale à la création de l'Empire allemand

Nous prendrons comme point de départ de notre étude la création de l'Empire allemand en 1871 sous l'influence de Bismarck, qui deviendra à cette date chancelier de l'Allemagne impériale et ceci jusqu'en 1890. A cette époque, la noblesse était en position dominante dans l'armée et l'administration, et suivait un modèle monarchique et autoritaire les rapprochant du chancelier. La bourgeoisie, détenant les industries, sous l'impulsion d'une économie en plein essor et de la création récente de l'Empire, s'est rapidement rattachée à cette idéologie libérale. Le parti national-libéral est à cette époque majoritaire à l'Assemblée impériale. Ce sont, par conséquent, la noblesse et la bourgeoisie libérales qui constituent les forces politiques dominantes à la naissance de l'Empire.

Dans un Empire marqué par une organisation monarchique, les ouvriers auront dans un premier temps du mal à trouver leur place et à faire entendre leurs voix, bien que le mouvement ouvrier soit à cette époque déjà partiellement organisé. En effet, l'année 1848 avait vu naître à Berlin la "Fraternité générale des travailleurs allemands", première organisation politique des travailleurs en Allemagne, qui sera

46 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 21.

47 Sauf mention contraire, ce paragraphe se base essentiellement sur l'ouvrage collectif de Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit.

interdite en 1852 par la loi fédérale, seules les formations apolitiques étant autorisées. En 1862 est créé “l’Association pour le perfectionnement des typographes”, premier syndicat ouvrier, et l’année suivante “l’Association générale des travailleurs allemands”, qui regroupe certaines associations de travailleurs et se proclame parti politique. Sur la base d’autres associations ouvrières, est créé, en 1869 un second parti, le “Parti ouvrier socialiste allemand” qui en 1875 fusionnera avec “l’Association générale des travailleurs allemands” pour former le “Parti ouvrier socialiste allemand”. Ainsi, la population ouvrière va progressivement s’organiser et s’individualiser au sein de la société en tant que classe.

3.2.1.2. La population ouvrière face à l’Etat

La classe ouvrière, en s’organisant de façon de plus en plus efficace, va progressivement devenir une force politique incontournable en Allemagne, à tel point qu’elle va susciter des craintes au sein de la noblesse et de la bourgeoisie, mais aussi pour Bismarck. Ce dernier s’est toujours montré préoccupé par la formation d’une classe ouvrière en réalisant qu’elle pouvait devenir une menace pour l’Empire et les intérêts économiques du pays. Les ouvriers, bien que formant le groupe social dont l’effectif était le plus important, ne constituaient pas un réel danger pour les classes dirigeantes tant qu’ils n’étaient pas organisés. Mais, en s’auto-organisant, ce qui n’était initialement qu’une population affaiblie et désorganisée, était en passe de devenir une force politique de premier plan, capable éventuellement de déstabiliser le gouvernement. Dès 1849, Bismarck évoquait les usines en ces termes : “*elles produisent une masse de prolétaires, de travailleurs mal nourris qui, en raison de l’insécurité de leur existence, constituent un danger pour l’Etat*”[48]. Ainsi, deux stratégies s’offraient à Bismarck pour maîtriser l’essor du socialisme : la répression ou l’apprivoisement de la classe ouvrière en gagnant sa confiance. C’est dans un premier temps la première option qu’a retenue Bismarck en faisant interdire en 1852 la “Fraternité générale des travailleurs allemands” et plus tard, en 1878, suite à deux attentats dont il fût la cible, en adoptant la “loi antisocialiste” dont le but était d’agir “*contre les activités des socialistes constituant une menace pour la nation*”[49]. Cela conduira à la dissolution du “Parti ouvrier socialiste allemand” et à l’interdiction des syndicats, obligeant la classe ouvrière à s’organiser dans la clandestinité. Cette loi restera en vigueur jusqu’en 1890.

Mais Bismarck a bien conscience que ce n’est pas par la répression seule qu’il parviendra à éviter une révolution de la classe ouvrière. Il déclare à ce sujet en 1889 : “*J’ai vécu assez longtemps en France pour voir que l’attachement de la plupart des Français au régime... vient essentiellement de ce que la plupart des*

48 Herkner, Heinrich, *Die Arbeiterfrage*, 2è vol., 7è édition, Berlin/Leiptzig, 1921, p. 98.
49 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 23.

Français bénéficient de rentes de l'Etat..."[50]. C'est, en effets, lors de plusieurs visites à Paris en 1855, 1857 et 1871, qu'il est particulièrement impressionné par la façon dont Napoléon III a réussi à se faire des partisans au sein de la classe ouvrière en prenant des mesures sociales et notamment en instituant des rentes étatiques. En 1871, Bismarck propose le premier projet de loi d'assurances sociales qui sera finalement invalidé face à l'opposition de certains groupes sociaux : les compagnies d'assurances privées, et d'une manière générale les partisans de l'économie individualiste et libérale. Les principaux arguments avancés sont les suivants, qui seront largement repris par la suite et notamment en France : l'atteinte à la liberté individuelle, dissolution des liens au sein des familles, affaiblissement de la responsabilité personnelle, mort de l'épargne.

En raison d'un contexte politique défavorable, Bismarck n'a, dans un premier temps, pas pu mener à bien ses projets en matière de politique sociale. C'est avec la crise économique de 1873 que le chancelier, profitant d'un contexte socio-économique et politique plus favorable à ses projets, arrive à éloigner l'industrie des partis libéraux pour s'en faire un allier. En effet, cette crise souligne en quelque sorte les limites de l'économie libérale, ce qui permettait à l'opinion publique de s'ouvrir progressivement à des réformes sociales. Bismarck fait ainsi adopter en 1878 la "loi anti-socialiste" et plus tard la loi sur les assurances sociales. Il semble toutefois exister ici un paradoxe, mesures "sociales" et "loi anti-sociale" semblant aller de pair. En réalité, cette distinction entre "social" et "anti-social" semble ultérieure à la période considérée, et ne parait pas si nette dans la société de l'époque et sans doute dans l'esprit de Bismarck. En effet, celui-ci vise un but principal : éviter la révolte de la classe ouvrière. En ce sens, toutes les mesures qu'il a prises, bien que semblant s'opposer avec le recul dont nous disposons, convergeaient vers un seul et même but dans le contexte politique de l'époque.

3.2.1.3. Les principaux piliers du système social allemand

Le système allemand de protection sociale comporte quatre piliers sur lesquels Bismarck va s'appuyer et qu'il va faire évoluer pour aboutir à un système obligatoire couvrant tout le territoire : l'épargne, l'assistance, les obligations à la charge de l'employeur, l'assurance. Nous allons les étudier très succinctement.

L'épargne se base sur la constitution un capital personnel afin de pourvoir aux frais liés aux aléas sociaux. Les ouvriers n'y ont, dans la grande majorité des cas, pas accès en raison de revenus trop modestes.

L'assistance, quant à elle, trouve son origine dans la charité. Pendant longtemps, ce sera la seule protection sociale existante, en Allemagne comme dans la plupart des pays d'Europe et en France. Elle prend la forme de l'aumône tributaire du bon vouloir des donateurs, donc incertaine. En 1530, le premier règlement

50 Herkner, Heinrich, 1921, op. cit., p. 102.

impérial en matière sociale voit le jour, obligeant les communes à assurer elles-mêmes l'assistance à leurs pauvres. Cela marque un tournant évolutif majeur, puisque l'obligation d'assistance aux pauvres incombe désormais à l'autorité publique. Cette mesure sera reprise ultérieurement par le "Code civil prussien" de 1794, puis par la loi prussienne de 1842 sur l'obligation d'assistance aux indigents, ainsi que dans le droit fédéral et impérial de 1870 (la commune doit assurer le "minimum vital").

L'obligation de l'employeur remonte aux traditions patriarcales des seigneuries et aux corporations de la navigation maritime. Ces "traditions" se poursuivent lors de l'industrialisation au travers des caisses de secours auxquelles cotisent les employés, mais aussi les employeurs. Plusieurs exemples peuvent être cités : l'ordonnance prussienne de 1801 sur les gens de maison obligeant les maîtres à assurer soins et assistance à leur personnel en cas de maladie, le code du commerce allemand de 1861 qui oblige les armateurs à prendre en charge les soins des matelots, ou encore la loi prussienne de 1838 obligeant les entreprises de chemin de fer à prendre en charge les accidents du travail. Cela amènera progressivement les employeurs à s'assurer au titre de la responsabilité civile pour couvrir ces frais. En 1879, un tiers des employés sont assurés de cette façon.

L'assurance, enfin, se caractérise par la formation de "communautés de risque" réunissant des personnes exposées aux mêmes risques. Ces derniers payent chacun une cotisation en fonction de la probabilité du risque. Les fonds ainsi collectés permettent le dédommagement des risques assurés lorsque ceux-ci se réalisent. De nombreuses compagnies d'assurances voient le jour en Allemagne à partir des années 1830. Ces caisses d'assurance auront une influence majeure sur les lois sociales futures car feront la preuve de leur efficacité.

3.2.1.4. Les premières lois d'assurances sociales

C'est sur ces bases que vont ensuite se fonder les premières législations en matière d'assurances sociales. Mais Bismarck doit faire face à de nombreuses oppositions : celle de la majorité des patrons, attachée à l'économie libérale et souhaitant garder les mains libres sur le plan social, et celle des fonctionnaires - à quelques exceptions près - également fidèles à la doctrine libérale et opposés à toute intervention de l'Etat. Finalement, en 1880, Bismarck se décide à faire adopter l'assurance-accidents obligatoire, et renonce dans un premier temps à un système plus étendu, trop complexe à organiser, surtout dans un contexte de forte opposition politique. Mais il essuie plusieurs échecs devant le Reichstag la même année, puis à nouveau l'année suivante, essentiellement en raison d'une opposition à la gestion de ce système d'assurance par l'Etat. Se trouvant dans l'impasse, il décide d'en confier la gestion à des associations corporatives au travers de coopératives professionnelles obligatoires. La loi est finalement promulguée le 6 juillet 1884 et

entre en vigueur au 1er octobre 1885[51]. Elle est ensuite étendue à l'assurance-maladie par la loi du 15 juin 1883 qui entre en vigueur le 1er décembre 1884[52]. Le financement de ces deux systèmes s'effectue par les cotisations des ouvriers (à hauteur des deux tiers) et des employeurs (à hauteur d'un tiers), et exclu toute participation de l'Empire. Le 22 juin 1889 est voté la loi sur l'assurance-invalidité, entrant en vigueur le 1er janvier 1891 et, fait inédit, prévoyant une participation de l'Empire à hauteur d'un tiers des dépenses, le reste se répartissant équitablement entre employeurs et employés.

Par rapport à son projet initial d'assurance sociale généralisée obligatoire financée par l'Etat et les employeurs et gérée par une instance étatique, Bismarck a du faire certaines concessions. Mais toujours est-il qu'un cape historique vient d'être franchi, le risque social étant désormais assuré de façon obligatoire et généralisée, et non plus laissé au bon vouloir des initiatives individuelles et privées.

3.2.1.5. L'extension progressive des assurances sociales allemandes jusqu'à la Première Guerre mondiale

Sur ces bases, le système des assurances sociales allemandes va considérablement se développer et s'étendre selon quatre modalités : le cercle des assurés, les prestations, l'organisation et le financement. Nous n'allons pas détailler ici chaque étape de cette évolution qui s'avère complexe et donc difficile à résumer en quelques lignes. Nous nous bornerons donc, pour chaque modalité considérée, à comparer de façon succincte la situation initiale (des années 1880) à celle en vigueur en 1914.

Le cercle des assurés se limite en 1884[53] aux salariés ouvriers dont le revenu annuel est inférieur à 2000 marks, le nombre d'assurés étant de 4,23 millions[54]. En 1914, 16,5 millions d'Allemands (30 % de la population) sont ainsi assurés directement, et 27,5 millions (50 % de la population) en ajoutant les conjoints et les enfants des assurés qui bénéficient des mêmes prestations. Le plafond d'affiliation est relevé à 5000 marks de revenu annuel. Par ailleurs, en 1914, les conditions d'octroi sont les suivantes : la limite d'âge est fixée à 65 ans pour les employés à l'exception des ouvriers pour lesquels elle est fixée de 70 ans ; la pension de veuve[55] est accordée sans condition pour les employés et en cas d'invalidité de la veuve pour les ouvriers ; l'incapacité à exercer une profession est déclarée à partir d'une diminution de 50% des "capacités de gain", 66,66% pour les ouvriers ; les

51 Hassenteufel, Patrick, *Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne*, Paris : Presses de Sciences Po, 1997, p. 63.
52 Idem.
53 Patrick Hassenteufel (op. cit., p. 63) retient lui la date de 1883, ce qui semble impossible, le système d'assurance maladie n'étant entré en vigueur que l'année suivante.
54 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 63.
55 A partir de 1908, date de création de l'assurance-survivants.

possibilités de renvoi vers une autre activité professionnelle en cas d'invalidité sont limitées ; la pension d'orphelin est versée jusqu'à 18 ans pour les enfants d'employés, 15 ans pour les enfants d'ouvriers.

En ce qui concerne les prestations, l'assurance-maladie entre en vigueur en 1884, l'assurance-accidents en 1885 et l'assurance-invalidité en 1889. L'assurance-pensions (retraites) est mise en place en 1891 et intégrée à l'assurance-invalidité. Pour l'assurance-survivants, il faudra attendre 1908. L'Allemagne se dote donc d'un système d'assurances sociales de plus en plus complet. Dès le début il existe deux types de prestations : en espèce, ainsi qu'en nature et en service. Initialement, en cas de maladie, l'assuré bénéficie d'indemnités journalières de maladie (50% du salaire à partir du 3ème jour, pendant un maximum de 13 semaines) ainsi que de soins médicaux, de médicaments et de "petits moyens curatifs" gratuits. Pour ce faire, les caisses passent des contrats avec certains médecins, les "médecins de circonscriptions". L'hospitalisation est également prise en charge[56]. Une aide pour les femmes ayant accouché est également prévue pour une durée de 4 semaines après l'accouchement. Dans le cadre de l'assurance-accidents, l'assuré bénéficie des deux tiers du salaire annuel en cas d'incapacité totale de travail, d'une rente proportionnelle à l'incapacité de travail si celle-ci est partielle et de l'intégralité du salaire si des soins sont nécessaires. Par la suite, l'assurance pension acquiert dans les années 1900 la possibilité de proposer, sous certaines conditions, une assurance médicale gratuite (mesure prise dans le contexte de lutte contre la tuberculose). De même, pour l'assurance-invalidité, à partir de 1899, qui a la possibilité, toujours sous certaines conditions, de prendre en charge le traitement médical. Par ailleurs, la durée de prestation des indemnités journalières passe de 13 à 26 semaines en 1903.

Pour ce qui est de l'organisation, la loi initiale sur l'assurance-maladie prévoyait plusieurs types de caisses-maladie dites "légales" : les caisses locales créées par arrêté communal (pour l'industrie et certains types d'entreprises), les caisses des entreprises, les caisses des corporations de mineurs (déjà en place avant la loi sur l'assurance-maladie), les caisses des artisans (crées par les corporations). Il existe, par ailleurs, des caisses dites "subsidiaires" qui sont en réalité des caisses volontaires de secours (qui existaient avant la loi sur l'assurance-maladie), dont les prestations correspondent à celles des caisses dites "légales" et auxquelles les autorités ont fourni un certificat, en conséquence de quoi les adhérents de ces caisses sont dispensés d'adhésion aux caisses "légales". Pour ceux qui ne peuvent bénéficier d'aucune des caisses précédentes, la loi rend obligatoire, dans toutes les communes, la création d'assurances-maladie. Il s'agit là "d'institutions communales" et non pas de caisses, par conséquent régies par d'autres statuts que ces dernières. Les caisses-maladie locales sont dirigées par un comité directeur composé de représentants des travailleurs et des employés, respectivement dans une proportion de 2 pour 1. L'Etat n'y est pas représenté,

56 Selon d'autres conditions, trop longues à détailler ici.

conformément au principe d'autogestion que Bismarck a été contraint d'adopter. Par ailleurs, ces caisses ont la possibilité, si elles le souhaitent, d'élargir leurs prestations par rapport à celles prévues par la loi. En ce qui concerne l'assurance-accidents, la prévention des accidents du travail est assurée à la fois par les associations professionnelles (agissant au nom de l'employeur ou des travailleurs) et les "inspecteurs des fabriques" (qui agissent au nom de l'Etat). D'autre part, la loi créée le "Bureau impérial des assurances" ayant pour but initial de contrôler l'assurance-accidents et l'assurance-pensions. En 1911, les caisses "libres" encore dites "subsidiaires" relèvent désormais de la nouvelle loi sur les entreprises privées. Par ailleurs, des critiques s'élèvent quant à la composition du comité directeur des caisses qui favorise les travailleurs et donc les socio-démocrates. Des mesures sont proposées mais ne seront pas votées en raison de l'opposition de la fraction SPD (socio-démocrates) au Reichstag. Enfin, à partir de 1913, le "Bureau impérial des assurances" assure également le contrôle des caisses d'assurances-maladie. Ce bureau n'a théoriquement pour rôle d'intervenir qu'en cas de litige au sein des caisses ou entre les caisses et leurs adhérents, mais elle témoigne tout de même d'un contrôle croissant de l'Etat sur le système d'assurances sociales, conformément à la volonté initiale de Bismarck.

Le financement de l'assurance-maladie s'effectue à hauteur d'un tiers par les cotisations des employeurs et à hauteur des deux tiers par celles des travailleurs. En cas de cotisation à une caisse de secours (caisse "libre" ou "subsidiaire"), l'ensemble des cotisations sont à la charge de l'adhérent. Les caisses ont par ailleurs, pour des questions de sécurité financière, l'obligation de constituer des fonds correspondant à au moins trois années de recettes. Pour l'assurance-accidents, le financement est entièrement à la charge de l'employeur. Enfin, pour l'assurance-pensions, les cotisations sont équitablement réparties entre assurés et employeurs avec un taux de cotisation d'autant plus important que le salaire est faible. D'une manière générale (quel que soit le régime considéré), l'Etat verse également une subvention de 50 marks par assuré au nom de la "garantie impériale". Soulignons que, dans le plan initial de Bismarck, les travailleurs ne devaient pas avoir à cotiser au système d'assurances qui perdrait dans ce cas son efficacité. En effet, il faut que l'ouvrier ait les moyens de cotiser et il ne faut pas des cotisations trop importantes sinon le système perd une partie de son avantage par rapport à l'épargne individuelle. Dans le cadre de l'assurance maladie, en 1913, le taux de cotisation passe de 2 à 3 % et les caisses n'ont plus l'obligation que de constituer une réserve de fonds correspondant à un an de recettes.

Ainsi, à la veille de la Première Guerre mondiale, le système d'assurances sociales allemand, en vigueur en Alsace-Lorraine, reste relativement incomplet bien qu'il se soit significativement étendu depuis sa création. Les principales lacunes concernent l'assurance chômage qui ne sera introduite qu'en 1925 et le cercle des assurés qui se limite aux employés en dessous d'un certain revenu. A cette date,

l'Allemagne est encore loin d'un système étendu à toute la population couvrant l'intégralité des risques sociaux. Elle demeure toutefois le pays le plus avancé à cette époque en matière d'assurances sociales, notamment avec un système d'assurance-maladie obligatoire.

3.2.1.6. Les médecins allemands face aux assurances sociales

Venons-en à la place des médecins dans le système d'assurances sociales allemand. C'est volontairement que nous les avons passés sous silence jusqu'à présent. En effet, il était au préalable nécessaire de cerner les grands principes du système allemand avant de pouvoir comprendre comment le corps médical a pris part à sa mise en place et à son développement.

En Allemagne, à la fin du XIXème siècle, les conservateurs et les socio-démocrates sont plutôt favorables à l'intervention de l'Etat en matière sociale[57]. Les oppositions aux projets de Bismarck sont relativement rares et les voix qui s'élèvent contre les assurances sociales, notamment celles de la "petite bourgeoise" et de la bourgeoisie libérale, s'expriment avec bien peu de force et ne soutiennent donc pas les médecins[58] majoritairement opposés aux assurances sociales. Selon Patrick Hassenteufel, en Allemagne, et contrairement à la France, la configuration politique était tout à fait défavorable à la profession médicale, qui n'a pas été en mesure d'intervenir dans le cadre du processus législatif[59]. Les deux principaux points de revendications concernant l'assurance-maladie sont la rémunération et le libre choix du médecin. En effet, les caisses recrutent librement des médecins et négocient des contrats individuels avec ces derniers, qu'elles ont la possibilité de rompre[60]. Les médecins sont donc dépendants des caisses, ce qu'ils acceptent d'autant plus difficilement que ces dernières sont généralement dirigées par des représentants des ouvriers, faisant naître un sentiment de dévalorisation sociale parmi les médecins[61]. Par ailleurs, les caisses peuvent contrôler l'exercice des médecins, notamment en ce qui concerne les ordonnances de médicaments et les arrêts de travail. Enfin, et c'est peut-être le plus important, elles imposent généralement une rémunération forfaitaire[62] et imposent de façon plus ou moins stricte le médecin que l'assuré devra consulter[63].

Pour Patrick Hassenteufel, ces conditions d'exercice des médecins des caisses vont à l'encontre de la logique de l'autonomisation de la pratique médicale,

57 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 67 - 68.
58 Ibid., p. 68.
59 Idem.
60 Ibid., p. 70.
61 Idem.
62 Le médecin gagne une somme donnée pour un patient souffrant d'une maladie donnée, quelque soit le nombre de visites nécessaires
63 Ibid., p. 70.

au cœur du processus de professionnalisation de la médecine[64], fermement défendu par le corps médical, et font craindre une bureaucratisation de l'exercice médical[65].

Mais, dès le début du XXème siècle, la médecine des caisses est la forme dominante de l'exercice médical[66]. Toutefois, comme le souligne Patrick Hassenteufel, ce nouveau mode d'exercice ne semble pas être la cause de tous les maux du corps médical :

> "*Du côté des médecins, on a carrément prétendu que la législation en matière sociale a abouti à la ruine de la profession médicale. Mais les inconvénients dont on se plaint trouvent moins leur origine dans l'assurance légale que dans l'encombrement de la profession médicale... Il en a résulté, parmi les médecins, des enchères à la baisse dont ont su profiter les caisses. [...] Entre 1876 et 1900, la densité de médecins avait augmenté de 50%.*"[67]

Face à ces nouveaux enjeux, les médecins commencent à unir leurs forces et créent en 1900 "l'Association des médecins allemands" - encore dite "Association Hartmann" - et le "Groupement collectif des médecins allemands pour la défense de leurs intérêts économiques"[68]. Ces deux groupements ont respectivement pour objectifs de faire agréer par les caisses tous les médecins établis et de modifier la situation de dépendance des médecins vis-à-vis des caisses en remettant en cause un rapport de force défavorable[69]. Le but des médecins était ainsi de former un front uni face aux caisses en constituant un contre-pouvoir organisé.

Mais cette auto-organisation a tardé et n'a débuté qu'une vingtaine d'années après les premières lois sur les assurances sociales en Allemagne. Selon Patrick Hassenteufel, le syndicalisme médical se positionne dans le cadre d'un système de soins socialisé déjà fortement constitué sans l'influence de la profession médicale qui, du fait d'une situation politique défavorable, n'a pas été en mesure d'intervenir dans le processus de décision politique[70]. Malgré une présence importante dans la presse du syndicalisme médical en plein essor, le corps médical a bien du mal à faire entendre sa voix et ce n'est qu'en 1913, suite à une menace de grève générale et à la préparation de celle-ci, que fût signé la "Convention de Berlin" entre l'association Hartmann[71] et les caisses d'assurance-maladie. En voici les principales dispositions :

---

64 Ibid., p. 70 - 71. Selon Patrick Hassenteufel, la professionnalisation passe par l'auto-organisation du corps médical. Ce processus se développe en Allemagne, mais aussi en France sous la forme des syndicats médicaux, et de l'Ordre des médecins au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. La professionnalisation sous-entend donc l'acquisition d'un plus grand degré d'autonomie, qui est remise en question par le système d'assurances sociales.

65 Ibid., p. 71.

66 Idem, note de bas de page n°1.

67 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 59.

68 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 71.

69 Idem.

70 Ibid., p. 71 - 72.

71 L'Association Hartmann est à distinguer des syndicats, qui eux, à cette époque, n'ont pas le même poids politique et n'ont pas réussi à parvenir à de tels résultats.

"*Agrément d'au moins un médecin pour 1350 assurés (d'un pour 1000 en cas de soins médicaux donnés aux familles) ;*

Agrément comme médecins des caisses des seuls médecins élus par un comité ;

Nécessité de soumettre le contrat individuel signé par le médecin à l'accord d'un comité contractuel paritaire."[72]

Cet accord vient combler un vide réglementaire en ce qui concerne les modalités précises de coopération entre les médecins et les caisses, et reconnaît au corps médical un certain contre-pouvoir.

Ainsi, à la veille de la première guerre mondiale, les avancées syndicales des médecins allemands face aux caisses restent modestes. En 1914, la guerre éclate et, dans un premier temps, les discussions sur les assurances sociales sont suspendues. Mais peu à peu, en raison des contraintes sociales imposées par le conflit, cette question reprend de l'importance. En 1914, une aide est mise en place pour les accouchées dont les maris combattent sous les drapeaux, aide qui sera étendue en 1915 à toutes les femmes de soldats. L'âge de la retraite passe de 70 à 65 ans. Certains ajustements sont effectués en ce qui concerne les lois sociales sans modifier les principes du système. En ce qui concerne les médecins, les syndicats sont reconnus ainsi que leur totale liberté, donnant au corps médical les outils pour défendre ses intérêts au lendemain de la guerre.

3.2.2. Les initiatives françaises jusqu'à la première guerre mondiale

Contrairement à l'Allemagne, l'Etat français est initialement resté très en retrait de la question des assurances sociales, suivant l'idéologie révolutionnaire individualiste et se base sur le principe d'autonomie de la volonté des individus. Ce principe est lui-même fondé sur le droit de propriété et l'épargne[73]. Mais l'écueil majeur pour les ouvriers est que, pour épargner, il faut un revenu suffisant. Bon nombre d'ouvriers arrivent à peine à subvenir à leurs besoins quotidiens et sont donc dans l'incapacité d'épargner. Pour ce qui est de la propriété, nous l'avons vu, la révolution industrielle a dépossédé une grande partie de la population de tout moyen de production et, par conséquent, de sources de revenus sur lesquelles elle avait un contrôle.

72 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 60.
73 Ibid., p. 135.

3.2.2.1. La population ouvrière initialement livrée à elle-même

En l'absence de soutient de l'Etat, la population ouvrière n'a initialement que peu de solutions face à la dégradation de sa situation sociale : l'auto-organisation, la révolte, ou les rares initiatives de quelques patrons de grandes entreprises[74].

En ce qui concerne l'auto-organisation, la classe ouvrière doit faire face à un obstacle majeur : la loi Le Chapelier de 1791 interdit les corporations qui seraient devenues une entrave au développement des forces productives de la nation[75]. Cette loi interdit toute coalition ou association et freine considérablement le développement de structures capables d'organiser la solidarité collective, alors même que les rapports sociaux sont considérablement bouleversés.[76] Cette loi restera en vigueur jusqu'en 1864, date à laquelle elle sera abrogée partiellement par Napoléon III. Il en ressort une inégalité évidente entre patrons et ouvriers, les seconds ne pouvant constituer de contre-pouvoir organisé face aux premiers, détenteurs des moyens de production. Comme le souligne Henri Hatzfeld, "*le patronat agit et dispose de moyens pour le faire. La classe ouvrière pâtit, subit.*"[77] Ce qui caractérise donc, dans un premier temps, l'attitude des ouvriers, c'est l'impuissance[78]. Bien sûr, un certain nombre d'initiatives clandestines verront le jour sous la forme de sociétés de secours et de résistance, mais seront sévèrement combattues par le pouvoir politique sans pouvoir les supprimer[79] ou, lorsqu'elles étaient tolérées sous forme de mutuelles, elles étaient placées sous le contrôle de la police[80].

Dans ces conditions, la classe[81] ouvrière n'a donc pas d'autre choix que la révolte pour faire entendre sa voix. Pour Henri Hatzfeld, "*elle s'est trouvée bien plus souvent forcée d'agir que libre d'agir*"[82]. Nous pouvons ainsi citer les principales révoltes ouvrières ayant marqué l'histoire, à savoir la révolte des canuts lyonnais en 1831, les journées de juin 1848 et la Commune de Paris en 1871, qui seront réprimées dans le sang par la bourgeoisie. La révolte des canuts fera plus de 700 morts, les journées de juin 4000 morts et la Commune de Paris plusieurs dizaines de milliers de victimes.

---

74 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 104.
75 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 135.
76 Beauvisage, Jérôme, *La loi Le Chapelier du 14 juin 1791, fruit amer de la Révolution*. In : *Les cahiers de l'institut CGT d'histoire sociale*, Paris : Institut CGT d'histoire sociale, 2011, p. 1.
77 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 185.
78 Idem.
79 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 136.
80 Ibid., p. 142.
81 Il s'agit désormais d'une classe. En effet, isolés du reste de la population, les ouvriers commencent à réaliser qu'ils constituent une classe sociale à part.
82 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 187.

3.2.2.2. La prise de conscience progressive de la nécessité d'un système de protection sociale

Dans la seconde moitié du XIXème siècle, et particulièrement après la Commune de Paris, une partie de la bourgeoisie va prendre conscience que la question ouvrière ne pourra pas toujours se régler par des bains de sang et que, tôt ou tard, il faudra passer par des réformes sociales. Les raisons de ce changement d'attitude sont multiples : le pouvoir grandissant de la classe ouvrière peut menacer la position sociale de la bourgeoisie[83], les bourgeois ont également subis des pertes humaines lors des révoltes ouvrières et, enfin, l'instabilité d'une main d'œuvre en mauvaise santé menace le développement de certaines entreprises. Par ailleurs, certains auteurs supposent que c'est, pour une part, le rapprochement de la bourgeoisie chrétienne de ses valeurs de charité qui explique ce changement[84].

Une aide viendra des patrons de certaines grandes industries. Tout comme en Allemagne, ils réalisent que, pour avoir une entreprise prospère, il faut une main d'œuvre efficace et donc en bonne santé. C'est dans ce but que sont créées les institutions patronales de retraite et de prévoyance. Elles ont pour avantages de fidéliser la main d'œuvre en garantissant une retraite et d'éviter les recours en responsabilité contre l'employeur en cas de maladie ou d'accident du travail (en vertu de l'article 1382[85] du Code civil).[86] Les patrons prennent entre autre comme exemple le système de retraites en vigueur pour les fonctionnaires, officialisé en 1853[87]. Dans certaines entreprises, l'adhésion à ces institutions est même rendue obligatoire par le contrat de travail[88]. C'est en premier lieu dans les entreprises particulièrement dangereuses (mines, forges) ou nécessitant une grande régularité du travail (chemins de fer) que ces institutions vont se développer[89], s'étendant ensuite à d'autres industries. Mais ces initiatives souffrent encore de bien des imperfections : en cas de départ volontaire ou de licenciement, les ouvriers n'ont généralement aucun droit et perdent le bénéfice des cotisations versées, idem en cas de faillite de l'entreprise[90]. Pour combler ce vide juridique, deux lois sont votées[91] : la première en 1890 prévoit qu'en cas de licenciement abusif, l'ouvrier a droit à des indemnités de licenciement en vertu des cotisations versées au titre de la retraite ; la

83 D'autant qu'à partir 1864, la loi permet aux ouvriers de s'organiser en associations.
84 Ibid., p. 136. Voir également : Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 136.
85 "*Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.*" (source : Legifrance.gouv.fr, *Article 1382 du Code civil*. En ligne. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.doidArticle=LEGIARTI000006438819&cidTexte=LEGITEXT000006070721>.) Article promulgué le 19 février 1804 et toujours en vigueur.
86 Ibid., p. 149.
87 Idem. Voir aussi : Comiti, Vincent Pierre, *Les textes fondateurs de l'action sanitaire et sociale : sept siècles d'histoire des institutions, des droits de l'Homme, de la santé, du travail et du social, 1331-2000*, Paris : ESF éditeurs, 2002, p. 360.
88 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 150.
89 Ibid., p. 149.
90 Idem.
91 Idem..

seconde, en 1895, prévoit qu'en cas de faillite de l'entreprise, l'ouvrier récupère les sommes versées aux institutions de prévoyance et non utilisées, mais elle ne sera quasiment pas appliquée.

Concernant les autres initiatives privées et en particulier les caisses de secours et de résistance, après les avoir combattues, l'Etat va peu à peu leur apporter son soutien, d'une part en raison de l'impossibilité de supprimer ces caisses qui persistent dans la clandestinité, d'autre part en raison du pouvoir croissant de la classe ouvrière et des révoltes qui se répètent. L'Etat réalise, tout comme le patronat, qu'il est indispensable de préserver la santé des travailleurs et marque un premier pas dans son engagement social par la loi du 22 mars 1841, interdisant le travail des enfants de moins de 8 ans[92]. S'ensuivra, en 1850, la création de la Caisse nationale de retraite garantie par l'Etat, qui se solde par un échec au vu des faibles sommes versées[93]. La Caisse nationale d'assurance contre les accidents du travail verra le jour en 1868 et connaîtra le même sort[94]. La raison principale de ces échecs est que ces deux structures se basent sur l'épargne mais, pour épargner, il faut un revenu supérieur au strict minimum vital, ce qui n'est pas le cas de la plupart des ouvriers[95].

A la même époque, Napoléon III, dont les anciens soutiens politiques se fragilisent, tente de trouver des appuis au sein de la classe ouvrière et supprime, en 1864, le délit de coalition et, en 1868, l'article 1781 du Code civil qui stipulait, qu'en cas de litige sur les salaires, le patron devait être cru et non l'employé[96]. La mutualité, issue des sociétés de secours et de résistance, se voit également soutenue - et contrôlée - par l'Etat, par le décret de 1852. Celui-ci reconnaît la légitimité des sociétés de secours mutuel mais les soumet au contrôle de l'Etat : une société de secours peut être créée par le maire et le curé si son utilité est reconnue par le préfet, le président est nommé par le Président de la République, les statuts sont soumis au contrôle du Ministère de l'Intérieur et les fonds excédentaires doivent être remis à la Caisses des dépôts et consignations[97]. Ces obligations seront allégées en 1870 par un décret précisant que les présidents des sociétés de secours seront désormais élus par les sociétaires, et par la loi du 1er avril 1898 qui donne à la mutualité son indépendance[98]. Ces sociétés ne devaient initialement avoir pour but que d'apporter une aide temporaire aux malades, blessés ou infirmes. Ces dispositions seront étendues en 1856 avec la possibilité de créer des fonds de retraite. Par ailleurs, un soutien financier de l'Etat leur est accordé par le décret du 26 mars 1852 au travers d'aides communales et d'exemptions fiscales[99].

92 Ibid., p. 142.
93 Comiti, Vincent Pierre, 2002, op. cit., p. 364.
94 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 136.
95 Ibid., p. 152.
96 Ibid., p. 146.
97 Ibid., p. 149.
98 Idem.
99 Ibid., p. 152.

Dans la seconde moitié du XIXème siècle, des assurances privées vont se développer avec les premières assurances-vie et les assurances contre les risques de la circulation, mais leur véritable essor n'aura lieu qu'après 1898 avec la loi contre les accidents du travail[100]. Les particuliers, mais aussi les entreprises, souscrivent à ces assurances.

En cette fin de XIXème siècle, l'Etat se trouve donc face au problème suivant : faut-il privilégier le soutien des initiatives privées en matière sociale ou, au contraire, créer des assurances obligatoires à l'image du système allemand ? C'est d'abord la première option qui va être retenue, aboutissant à la loi du 31 décembre 1895, qui encourage la prévoyance libre[101]. Seuls sont rendues obligatoires, l'assistance aux enfants abandonnés et aux aliénés à partir de 1884, l'assistance aux malades indigents par la loi sur l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) du 15 juillet 1893[102] et la réparation des accidents du travail par la loi de 1898[103] qui introduit la notion de "faute" de l'employeur.

3.2.2.3. Les premières obligations légales en matière de protection sociale

Le début du XXème siècle est marqué par l'essor progressif des obligations légales en matière de protection sociale. La première loi en ce sens est celle du 4 juillet 1905 qui rend obligatoire la prise en charge des vieillards sans ressources par l'Etat et les communes[104]. Le vote de cette loi sera l'occasion de vifs débats concernant la notion d'obligation[105] de l'Etat, des ouvriers et des patrons.

Tout d'abord, l'obligation en matière sociale semble s'opposer à la doctrine libérale selon laquelle l'intervention de l'Etat doit se réduire au minimum, en vertu du principe d'autonomie de la volonté des individus. Deux camps vont donc s'opposer : les libéraux (associés à la bourgeoisie et incluant bon nombre de médecins) d'un côté et, de l'autre, les socialistes (associés au mouvement ouvrier) défendant le principe de la solidarité sociale. Mais la situation est en réalité plus complexe. En effet, la frontière entre débats idéologiques et débats d'intérêts est parfois difficile à tracer. De plus, il est difficile de rattacher spécifiquement l'idéologie libérale à la bourgeoisie et le socialisme à la classe ouvrière, ces deux points de vue n'étant pas toujours tranchés de façon aussi nette.

Les luttes de pouvoir au sein des formations politiques sont un moteur essentiel du questionnement sur l'obligation. L'important pouvoir de l'Eglise ne peut

100 Ibid., p. 151.
101 Ibid., p. 152.
102 Ibid., p. 153. Voir aussi Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 76.
103 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 136.
104 Ibid., p. 153.
105 Pour plus de détails, voir Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 33 - 101.

d'ailleurs pas être ignoré. En effet, plus le recours à la charité chrétienne est important, plus ce pouvoir augmente. Ainsi, un député socialiste déclarait en 1901 : "*Le jour où les vieux travailleurs ne seront plus obligés d'aller attendre à la porte des couvents, des ouvroirs, des séminaires, des casernes, pour obtenir une gamelle de soupe, le jour où ils ne seront plus obligés d'aller tendre la main sous les porches des églises, l'influence du clergé tombera.*"[106] C'est ainsi que se mêlent étroitement volonté de laïciser l'Etat et remise en cause du pouvoir politique de l'Eglise. Mais ce n'est ici qu'un exemple parmi d'autres. Nous pourrions encore évoquer la bourgeoise qui, soucieuse de préserver certains privilèges remis en cause par l'influence de la classe ouvrière, tente d'allier charité chrétienne et idéologie socialiste.

Par ailleurs, il est important de noter que, d'une part, la mise en place des assurances sociales ne fait pas l'unanimité au sein de la classe ouvrière et que, d'autre part, la bourgeoise traditionnellement attachée à l'idéologie libérale s'oppose de moins en moins à la mise en place de lois sociales. Ainsi, certains syndicats ouvriers s'opposent aux assurances sociales qui sont, selon eux, un moyen d'intégrer la classe ouvrière dans le capitalisme[107]. La bourgeoisie, quant à elle, réalise qu'une population ouvrière en bonne santé est indispensable à la pérennité du capitalisme et, en ce sens, confirme l'opinion des syndicats ouvriers.

Finalement, pour résumer l'opposition capitaliste au principe de l'obligation en matière sociale, nous pouvons citer le député conservateur Cochin :

> "*Quand vous aurez donné à l'ouvrier un conseil judiciaire pour l'obliger à verser ses économies dans votre caisse de retraites, vous l'aurez privé de bien d'autres emplois qu'il aurait préféré. A la campagne il achète un champ, une maison, du bétail ; à la ville des outils et un petit fonds de commerce. Il a connu l'accession au patronat. [...] Vous, vous le retenez dans le salariat en exigeant un emploi exclusif de son petit capital, en lui imposant un seul mode de placement. Voyez-vous, Messieurs, le tort de votre projet est de partager les citoyens en deux classes, de les séparer en deux camps, celui des salariés et celui des patrons. En réalité les deux camps se pénètrent, les deux classes se confondent. Vous cherchez en vain l'ouvrier économe sur vos listes de pensionnaires ; il est devenu patron, il est devenu bourgeois, sans vous prévenir et sans avoir besoin de vous.*"[108]

Cette opposition se fait toutefois de plus en plus rare dans une société de moins en moins réticente aux lois sociales.

Penchons-nous à présent sur les avantages de l'obligation en matière d'assurances sociales et sur ses conséquences. En nous reportant à la Constitution de 1946, suivant de peu l'instauration de la Sécurité Sociale en 1945, nous pouvons lire : "*Elle [la Constitution, NDLR] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et*

106 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 67.
107 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 167.
108 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 88.

aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité les moyens convenables d'existence."[109] Ainsi, au début du XXème siècle, le but du système de protection sociale français n'est plus seulement "d'assurer" mais aussi, peu à peu, de "garantir". La santé, et plus généralement la sécurité dans le domaine social, va progressivement devenir un droit garanti par l'Etat. Et c'est certainement de là qu'émerge la notion d'obligation : la sécurité sociale devient une exigence d'une partie de la population. Ainsi, il n'est plus seulement demandé de prendre en charge le risque social, mais aussi de ne pas se trouver en situation de danger social. Bien sûr, l'Etat ne peut pas garantir aux citoyens qu'ils ne seront jamais malades, mais on peut imaginer que l'Etat garantisse que la maladie n'aura pas de conséquences sociales. En effet, la maladie n'est pas un risque social à proprement parler, c'est sa conséquence (perte du travail, des revenus, etc.) qui en est un. La maladie n'est qu'un "facteur de risque", au même titre que l'âge, la précarité ou le caractère dangereux du travail. Mais si l'Etat se porte garant en matière de prévention sociale, il doit, en retour, exercer un contrôle sur les mesures mises en œuvre. Pour ce faire, il faut des lois qui induisent des obligations.

Après la loi de 1905, d'autres mesures obligatoires vont suivre. En 1910, les retraites paysannes et ouvrières sont instituées, se basant sur des contributions patronales et salariales obligatoires. Cette loi de 1910 se soldera par un échec en raison de sa faible application.

3.2.2.4. Les médecins face au développement des assurances sociales jusqu'à la Première Guerre mondiale

Tournons-nous à présent vers les médecins, pour étudier comment le développement des assurances sociales a été perçu par ces derniers et dans quelle mesure ils ont pris part à leur élaboration.

Le corps médical, dans son immense majorité, s'est montré retissent au développement des assurances sociales en général et de l'assurance-maladie en particulier. Pour Patrick Hassenteufel, la mise en place de systèmes de protection sociale, plus particulièrement sous la forme d'assurances sociales obligatoires, représente un double enjeu pour les médecins : un enjeu en terme d'autonomie de la pratique professionnelle, du fait du contrôle qu'exercent les institutions de couverture solidaire du risque maladie, et un enjeu en termes matériels, renvoyant au niveau de revenu[110]. Toutefois, ces deux enjeux ne sont pas délimités par une

109 Conseil constitutionnel, *Constitution de 1946, IVe République*. En ligne. <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-constitutions-de-la-france/constitution-de-1946-ive-republique.5109.html>. Consulté le 19 septembre 2015.

110 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 79 - 80.

frontière nette, dans la mesure où l'autonomie de la profession médicale permet de contrôler en partie le niveau de revenu.

En France, le développement des assurances sociales va être le principal moteur du syndicalisme médical. En effet, les assurances sociales touchent directement à l'autonomie de la pratique professionnelle des médecins et au mode de rémunération de ces derniers. Ainsi, en 1880, le Dr Margueritte écrit dans *Le Concours Médical* : "*Les sociétés de secours mutuel font la charité à nos dépens, faisant briller aux yeux des médecins, surtout des jeunes médecins, les mirages d'un traitement fixe. [...] Le débat entre l'offre et la demande devrait avoir lieu non pas entre tel ou tel médecin isolé mais avec le syndicat des médecins représentant les intérêts de la profession médicale*"[111]. Cela résume parfaitement le lien étroit entre protection sociale, syndicalisme médical et intérêts des médecins. Henri Hatzfeld nous livre une analyse similaire : "*Ce qui fait la spécificité du problème des médecins c'est que la loi [sur les assurances sociales, NDLR], touche à la détermination de leurs revenus. [...] Le projet de loi sur les Assurances sociales suscita l'inquiétude et la colère du corps médical qui y vit une menace pour l'exercice libéral de la profession et pour la qualité de la médecine française.*"[112] Mais la méfiance du corps médical envers les assurances sociales n'a sans doute pas comme unique cause la défense de leurs intérêts économiques. Ainsi Jean Ducos écrit, dans sa thèse intitulée "*L'économie de la médecine libérale*" :

> *La théorie néoclassique considère que l'agent économique est rationnel, opportuniste et maximisateur. Il recherche essentiellement à maximiser sa situation économique. Pour ce qui est des syndicats médicaux, l'analyse historique montre que leurs actions sont régies par la rationalité instrumentale, à savoir l'efficacité des moyens relativement aux fins. Toutefois, peut-on dire qu'ils cherchent à maximiser leur situation économique ? L'analyse historique montre qu'il n'en est pas ainsi. En effet, s'ils étaient des agents économiques maximisateurs, ils n'auraient pas rejeté partiellement la loi sur l'aide médicale gratuite de 1893. Surtout, ils n'auraient pas combattu comme ils l'ont fait le projet de loi sur les assurances sociales de 1928-1930, car celui-ci solvabilisait plus de huit millions d'assurés sociaux, ce qui, avec les ayants droit, représentait près de la moitié de la population française. [...] Les syndicats sont d'abord des agents sociaux rationnels, ils défendent l'autonomie professionnelle et recherchent une situation sociale élevée qui comprend la reconnaissance sociale, la considération sociale et le pouvoir, en particulier le pouvoir d'influence et un revenu élevé.*"[113]

Il faut toutefois noter que, reconnaissance, considération sociale et pouvoir, sont indissociables du niveau de revenu et de la situation sociale. Par ailleurs,

111 Ibid., p. 88.

112 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 289.

113 Ducos, Jean, *L'économie de la médecine libérale*, thèse de doctorat en sciences économiques, Paris : Université Paris Dauphine, 2010, p. 131.

l'analyse des archives la CSMF nous montrera que le corps médical n'a jamais constitué un bloc uni et fermement opposé aux assurances sociales.

Les premières discussions entre syndicats et institutions de protection sociale aboutissent, en 1893, après de rudes débats et des menaces de grève, à la garantie du respect du "libre choix" du médecin et de la "rémunération à l'acte" dans le cadre de l'Assistance Médicale Gratuite (AMG)[114] pour les indigents. En effet, à cette époque, de nombreuses institutions tentent d'imposer un médecin - généralement salarié de cette institution - à leurs adhérents et utilisent la rémunération des médecins au forfait (le médecin touche une somme fixe par an pour la prise en charge d'un patient quel que soit le nombre de visites ou de consultations effectuées). En 1895, l'USMF passe un accord avec la ligue de la mutualité, garantissant ces deux principes[115]. En 1898, dans le cadre de la loi sur les accidents du travail, les syndicats exigent encore une fois le respect de ces deux principes, ce qui n'empêche pas les entreprises d'exercer des pressions remettant en cause le libre choix[116]. Cela aboutit en 1905 au vote du "tarif Dubief" qui garantit par des dispositions pénales les tarifs applicables pour les consultations médicales dans le cadre des accidents du travail ainsi que le libre choix du médecin[117]. Afin de défendre le libre choix, certains syndicats de médecins libéraux vont s'allier à des syndicats ouvriers, ce qui provoquera de vives réactions d'une partie du corps médical[118] craignant d'être assimilée à la classe ouvrière. Cela conduit notamment, en 1909, à la création à Lille du "Syndicat de la médecine sociale" ayant pour but de s'opposer à la "médecine patronale" exercée par les médecins salariés des entreprises[119]. Il en résultera d'inévitables divisions au sein de l'USMF, entre partisans et opposants à une alliance avec les syndicats ouvriers, de même qu'entre les opposants et les rares partisans de la "médecine patronale". Cela souligne encore une fois la complexité et l'ambivalence des liens entre le corps médical et la classe ouvrière, ainsi que les difficultés à cerner, dans un premier temps, les motivations réelles des syndicats médicaux et les intérêts précis qu'ils défendent à cette époque. Les tensions grandissantes entre le "Syndicat de la médecine sociale" et le reste de l'USMF, conduit finalement à l'exclusion de ce mouvement de l'Union en 1910, certains lui reprochant l'appartenance de ses dirigeants à la politique socialiste[120].

"Libre choix", modalités de rémunération, et plus généralement lutte contre la fonctionnarisation des médecins, seront les principales revendications défendues par les syndicats médicaux jusqu'à la Première Guerre mondiale puis dans l'entre-

114 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 89.
115 Ibid., p. 89. Il s'agit du libre choix et de la rémunération à l'acte.
116 Ibid., p. 89 - 90.
117 Ibid., p. 90. Voir aussi : Ducos, Jean, 2010, op. cit., p. 65.
118 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 90. Le syndicalisme médical a toujours refusé d'être assimilé au syndicalisme ouvrier.
119 Idem.
120 Ibid., p. 91.

deux guerres. Jusqu'en 1914, cette lutte passera d'avantage par les discussions et les débats avec les pouvoir publics, que par l'opposition ou la révolte, les syndicats médicaux recourant rarement à la grève. Comme le souligne Patrick Hassenteufel, "*à cette forme d'action [la révolte, la grève, NDLR], qui rappelle trop le syndicalisme ouvrier, est préféré l'exercice du pouvoir d'influence*"[121]. Il poursuit en citant le Docteur Cauchy dans *Le Concours Médical* de 1880 : "*en un mot, le syndicalisme médical ne doit être qu'une simple commission, résumant en elle toute la corporation médicale, pour faciliter les rapports des médecins avec les administrations, pour faciliter au besoin leurs rapports entre eux*"[122].

Jusqu'à la Première Guerre mondiale, les actions menées par l'USMF restent conciliantes, en comparaison des moyens utilisés par le syndicalisme ouvrier. Pour Patrick Hassenteufel, le corps médical français apparaît divisé face aux mutuelles et face aux premiers éléments de mise en place d'un système de protection sociale. Selon lui, cette division, si elle témoigne de divergences d'intérêts, s'explique probablement aussi par la relative faiblesse de la menace que la protection sociale représente (comparée au système d'assurance maladie allemand en particulier). Elle serait également à mettre en rapport avec les nombreuses réticences qui s'expriment au sujet de la nature syndicale de l'organisation collective des médecins. Ainsi, il précise : "*La connotation ouvrière et socialisante du terme syndicat suscite la crainte d'une dévalorisation sociale qu'entraînerait l'adoption d'une forme d'organisation caractéristique de couches sociales jugées inférieures. La volonté de distinguer nettement l'activité médicale des activités économiques conduit aussi à une gêne face à ce terme.*"[123]

3.2.2.5 La situation à la veille de la Première Guerre mondiale au travers des archives de la CSMF

Afin de ne pas trop alourdir ce paragraphe, nous nous limiterons à l'analyse des Bulletins Officiels de l'USMF pour l'année 1914 et présenterons les principaux sujets de discussion animant le syndicalisme médical à la veille de la Première Guerre mondiale.

D'une manière générale, en considérant l'ensemble de l'année 1914, il apparaît que l'USMF se focalise très majoritairement sur le problème de la coopération entre les médecins et l'Etat[124], la quasi-totalité des articles contenus dans les *Bulletins Officiels* de l'USMF traitant de cette problématique. Mais les limites légales aux possibilités de recours des syndicats contre l'Etat vont partiellement faire obstacles à l'action de l'Union. En effet, comme le précise Marc Brémont, dans un article sur le syndicalisme médical, la loi Chevandier de 1892 ne

121 Idem.
122 Idem.
123 Ibid., p. 93
124 Que ce soit dans le cadre de la protection sociale ou non.

permettait pas de créer un syndicat contre l'Etat[125]. Tout est ensuite question d'interprétation sur ce qu'il faut entendre par "contre l'Etat". Dans le *Bulletin Officiel* de janvier 1914, l'USMF en donne son interprétation :

> "*De l'avis d'éminents juristes, [...] quand la loi de 1892 dit que les médecins ne peuvent former un syndicat contre l'Etat cela ne veut pas dire qu'un syndicat constitué non dans le but de combattre l'Etat mais pour défendre en général la profession, cela ne veut pas dire que ce syndicat ne peut pas combattre les prétentions de l'Etat, quand il rencontre accidentellement l'Etat sur sa route. Tout ce que l'on peut soutenir, c'est l'impossibilité pour un syndicat d'attaquer l'Etat devant les tribunaux. S'il en était autrement ce serait frapper le syndicat d'incapacité*"[126]

Nulle doute que la loi Chevandier, bien que reconnaissant le droit de former des syndicats, a de toute évidence voulu en limiter le pouvoir, surtout face à l'Etat et aux collectivités.

Cette difficulté mise à part, l'USMF, déjà avant la Première Guerre mondiale, montre une volonté très claire de lutter contre ce qu'elle considère comme des tentatives de "fonctionnarisation" des médecins par l'Etat. Ainsi, dans le *Bulletin Officiel* de janvier 1914, l'USMF retranscrit des projets de rapports dont le premier s'intitule, on ne peut plus clairement, "*Contre toutes les tentatives de fonctionnarisation*"[127] et dans lequel on peut lire :

> "*Contre toutes les tentatives de fonctionnarisation :*
>
> *1. Par l'Etat et par les départements, municipalités, etc., etc.*
>
> *Commission Chéron*
>
> *Assistance médicale gratuite*
>
> *Les poussières de traitement et la création de médecins fonctionnaires d'hygiène départementale, experts, etc., etc.*
>
> *2. Par les grandes compagnies et les grandes administrations.*
>
> *Assurances.*
>
> *Tarif Dubief.*
>
> *Grands magasins, grandes usines.*
>
> *Grandes exploitations, mines, chemins de fer, etc., etc.*
>
> *3. Par la mutualité.*
>
> *Service des soins*
>
> *Service d'hygiène et de défense sanitaire.*
>
> *Assurance-invalidité, etc., etc., etc.*"[128]

Voici résumées les multiples menaces perçues par le corps médical, qui couvrent presque tous les domaines de la protection sociale. S'y ajoute un point que nous n'avons pas encore abordé, à savoir la "Commission Chéron", sur laquelle

125 Brémond, Marc, *Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre*, in *Pouvoirs n°89 - Le pouvoir médical*, 1999, p. 120.
126 USMF, *Bulletin Officiel*, 1914, p. 28.
127 Ibid., p. 30.
128 Ibid., p. 30.

nous allons revenir plus en détail. Quelques pages plus loin, l'Union retranscrit les conclusions du Congrès des Praticiens, réuni à Paris en mai 1914, en ce qui concerne le risque de "fonctionnarisation" :

> "*Le Congrès [...], après avoir entendu le rapport du Dr Le Fur sur toutes les tentatives de fonctionnarisation médicale et les moyens de s'y opposer,*
>
> *Considérant :*
>
> *1° Que la fonctionnarisation est absolument incompatible avec le bon exercice de la médecine, qui exige la liberté et l'indépendance du médecin ;*
>
> *2° Qu'elle est incompatible notamment avec le secret professionnel, qui est à la base même de l'exercice de notre profession et auquel on ne saurait toucher sans ébranler et détruire les assises même de la profession médicale*
>
> *3° Qu'elle est également incompatible avec le libre choix du médecin et avec le tarif à la visite qui constituent la charte du corps médical à l'heure actuelle et le minimum de vos revendications professionnelles ;*
>
> *4° Considérant, d'un autre côté, que l'Etat, les administrations, les grandes collectivités ont un intérêt certain à contrôler la façon dont le service médical est assuré chez eux, dont les lois sociales sont appliquées au point de vue des soins à donner aux malades, mais que les fonctions de médecin traitant et de médecin contrôleur ou fonctionnaires doivent être absolument distinctes et séparées, le premier s'engageant à soigner ses malades d'après les règles normales de la profession, le second prenant l'engagement formel de se limiter à ses fonctions de médecin contrôleur et de ne jamais faire de clientèle.*
>
> *Décide :*
>
> *1° De s'opposer de toutes ses forces et par tous les moyens à la fonctionnarisation médicale, en s'engageant à faire respecter dans toutes les circonstances le secret professionnel et à faire appliquer partout le libre choix du médecin et le tarif à la visite ;*
>
> *2° De proclamer l'incompatibilité absolue entre les fonctions de médecin traitant et de médecin fonctionnaire et contrôleur ; le premier n'ayant à s'occuper que de ses malades et ignorant complètement l'administration, le second ne pouvant sous aucun prétexte donner ses soins aux malades qu'il contrôle et faire par conséquent de clientèle ;*
>
> *Décide de communiquer cet ordre du jour au président du Conseil*[129] *et aux différents intéressés, au Parlement, à la Commission Chéron-Métin, à tous les Syndicats médicaux, et organisations professionnelles, à la Presse médicale et politique.*"[130]

129 Il s'agit du Conseil de l'USMF.

130 Ibid., pp. 382 - 383.

On pourra se questionner sur la place du “tarif Dubief” - tarif des accidents du travail - dans la liste des facteurs pouvant faire craindre une fonctionnarisation du corps médical. En effet, il pourrait sembler que le “tarif Dubief” aille dans le sens des revendications du corps médical en garantissant le tarif de la consultation et le libre choix dans le cadre des accidents du travail. Mais, selon l’Union, certains grandes compagnies et les administrations tenteraient de transformer le “tarif Dubief” en un tarif forfaitaire, ce que les syndicats combattent vigoureusement en mettant en avant une intrusion de l’Etat dans l’exercice de la profession médicale : “*il pose le problème d’un tarif d’Etat qui engage l’avenir même de la médecine. [...] Si le tarif Dubief devient forfaitaire, il devient une taxe légale et la loi de 1898, modifiée en 1905, se trouve complètement détruite. Elle se trouve affirmée une intervention de l’Etat qui n’a jamais été dans l’esprit du législateur. [...] Substituer le régime forfaitaire au Tarif Dubief actuel, ce serait reconnaître et admettre le droit de l’Etat de nous tarifer*”[131]. C’est en ce sens que le “tarif Dubief” peut constituer une porte d’entrée vers la fonctionnarisation. Mais l’USMF veut également réviser ce tarif, pour l’adapter à l’évolution du coût de la vie[132]. Dans ce but, une commission est créée, comportant des membres des syndicats médicaux, mais également des représentants des compagnies d’assurances, faisant craindre aux médecins que ces derniers ne profitent de cette occasion pour influencer la commission dans le sens d’une rémunération au forfait, au besoin en supprimant purement et simplement le “tarif Dubief”[133]. L’USMF souligne encore que, selon elle, les compagnies d’assurances abuseraient régulièrement de ce tarif et l’appliqueraient hors du cadre prévu par la loi[134] :

> “*Le Tarif Dubief actuel n’est pas en effet le tarif des honoraires médicaux. Il est, dans ces termes et son esprit : le tarif de la responsabilité patronale. Il n’a été établi que pour permettre à la justice de fixer dans le total des frais médicaux concernant un accident du travail, la part qui doit être payée par le patron et la part que doit payer l’ouvrier. Mais quant à la note totale des honoraires, le médecin seul doit l’établir d’après des règles et des habitudes locales.*”[135]

Cela montre l’attachement des médecins à la liberté des honoraires. Quelques pages plus loin, l’USMF ajoute : “*Le Tarif Dubief ne doit être appliqué que dans les cas très bien spécifiés par les lois de 1898 et 1905 : c’est-à-dire uniquement dans les cas où l’ouvrier a fait choix lui-même de son médecin [...]*”[136], soulignant à nouveau l’importance cruciale du “libre choix” pour les syndicats. En effet, certaines compagnies d’assurances ne semblent pas respecter ces

131 Ibid., p. 80 - 81.
132 Ibid., p. 94 - 96.
133 Ibid., p. 80.
134 Idem.
135 Ibid., p. 81.
136 Ibid., p. 94.

dispositions dans le cadre des accidents du travail et imposent de façon plus ou moins ferme des consultations auprès des médecins de la compagnie[137].

Abordons à présent la “Commission Chéron” ou “Commission Chéron-Métin”, dont l’USMF fait mention à d’innombrables reprises et qui anime la majeure partie des débats dans les *Bulletins Officiels* de l’année 1914.

En 1913, Henry Chéron, alors Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, décide de constituer une commission ayant pour but d’étudier les modalités de coopération des médecins avec les instances gouvernementales dans le cadre de la protection sociale et de proposer des mesures pour la favoriser[138]. En 1914, son successeur Albert Métin reprendra l’idée de cette commission et tentera de la mettre en place non sans la réticence des syndicats de médecins. La même année, l’USMF décrit cette commission en ces termes :

> “*Une Commission formée de fonctionnaires, et d’une faible minorité de médecins non syndiqués prépare la tarification des soins que nous sommes appelés à donner aux accidentés, aux malades de l’Assistance médicale gratuite, et aux mutualistes. Ces soins ne pourront être donnés que par des médecins agréés par le gouvernement, c’est-à-dire par des fonctionnaires qui recevront des honoraires tarifés en rémunération de leurs soins. Il y aurait donc des médecins agréés, fonctionnaires chargés des soins aux accidentés, aux malades de l’A.M.G. et aux mutualistes, dont le nombre ne tarderait pas à grossir prodigieusement ; et d’autre part les médecins non agréés qui ne seraient autorisés à soigner aucun des malades appartenant à ces catégories. Ce serait la fonctionnarisation de la médecine, et la suppression du libre choix.*”[139]

Voilà en tout cas ce que l’USMF suppose être le but de cette Commission, ce qui fera cette même année l’objet de débats houleux entre l’Union et le Ministre Albert Métin. Il serait fastidieux de retranscrire l’intégralité de ces discussions ; nous nous contentons donc de citer les principaux points de discorde, à savoir la représentation des médecins au sein de cette commission et l’objectif réel de celle-ci, notamment en ce qui concerne les modalités de rémunération des médecins. L’Union met donc dans un premier temps en suspend sa participation à la commission et exige de M. Métin qu’il garantisse les points suivants : les médecins doivent être représentés en nombre suffisant par des membres syndiqués choisis par l’Union et, par ailleurs, la question de la tarification ne devra pas être abordée. Mais, en refusant de participer à cette commission, l’USMF fait courir le risque que des mesures soient prises sans la consultation des représentants du corps médical. Ainsi, le Ministre pourrait réunir la commission en faisant appel à des médecins non syndiqués. Cela ne manquera pas de créer des divisions au sein de l’Union sur la

137 Ibid., p. 437.
138 Ibid., p. 399.
139 Ibid., p. 349.

nécessité de participer à une telle commission même en l'absence de garanties absolues concernant son but. Devant la réticence du corps médical, M. Métin précise les deux points essentiels qui seront étudiés par la commission : "*1° examiner les différents qui se sont produits, et surtout les accords auxquels on a abouti dans les pays étrangers. 2° étudier le projet d'assurance contre l'invalidité [...]*"[140]. Dans ces conditions, le Congrès des Praticiens, réuni en juin 1914, décide que le corps médical devra y participer et être représenté par des médecins syndiqués. Mais ce Congrès comprend des médecins non syndiqués, rendant nécessaire une confirmation de sa décision par l'Union qui, quelques semaines plus tard, se range derrière l'avis du Congrès, en exigent toutefois de la délégation de médecins qu'elle se retire en bloc de la commission si la tarification était abordée[141]. La première réunion de la Commission Chéron-Métin a donc lieu le 16 mai 1914 afin de préciser un plan de travail[142].

De plus, en 1914, la Fédération de la Mutualité invite l'USMF à constituer une Commission Médico-Mutualiste dans le but d'étudier l'organisation d'un service médical de la mutualité[143]. L'Union accepte, mais exige, une fois de plus, que ni le tarif à la visite, ni le libre choix ne soient abordés.

Finalement, il reste à dire un mot de l'AMG (Assistance Médicale Gratuite) dont beaucoup de médecins dénoncent les honoraires dérisoires. L'USMF demande un relèvement de ces honoraires. Est également dénoncé le mode de fonctionnement de l'AMG dans certaines grandes villes, notamment à Paris, faisant appel à des médecins fonctionnaires[144] payés au forfait, ce qui remet notamment en cause le libre choix.

Ainsi, à la veille de la Première Guerre mondiale, les principales revendications de l'USMF concernent le "tarif Dubief", la Commission Chéron-Métin, la Commission Médico-Mutualistes et l'AMG, s'articulant autour du libre choix, de la tarification à la visite et de la fonctionnarisation des médecins.

En août 1914 éclate la Première Guerre mondiale qui vient interrompre le développement des premières mesures de protection sociale. De nombreux médecins sont envoyés au front ce qui rend impossible l'organisation d'une action syndicale coordonnée. Le conflit constitue une pause mais aussi une période cruciale dans le développement des assurances sociales. Il s'agit d'un tournant essentiel pour deux raisons : en l'absence de mouvement syndical organisé, l'Etat a les mains libres pour prendre de nouvelles dispositions dans le domaine de la santé sans consulter le corps médical et, par ailleurs, la guerre fera émerger de nouvelles problématiques sociales - notamment la prise en charge des blessés et des malades

140 Ibid., p. 371. Les représentants de l'USMF reprennent ici les propos du Ministre M. Métin lors d'une réunion avec ce dernier en avril 1914.
141 Ibid., p. 374.
142 Ibid., p. 426.
143 Idem.
144 Ibid., p. 440.

de guerre - qui influenceront le développement du système d'assurances sociales au lendemain de la guerre. Enfin, elle aboutira en 1918 à la restitution de l'Alsace-Lorraine à la France, ces régions bénéficiant du système d'assurances sociales allemand, ce qui sera lourd de conséquences en ce qui concerne l'élargissement de ce système à l'ensemble du territoire français.

4. L'histoire du syndicalisme médical jusqu'à la Première Guerre mondiale

4.1. Les corporations médicales jusqu'à la Révolution Française

Nous l'avons vu, le développement de la protection sociale en France, et plus tard du système d'assurance obligatoire, est indissociable de celui du syndicalisme médical. C'est la raison pour laquelle, avant d'aborder la période de l'entre-deux-guerres qui nous intéresse plus particulièrement, il nous faut encore étudier brièvement l'histoire des syndicats médicaux.

La volonté des médecins de s'organiser pour défendre leurs intérêts existe au moins depuis les origines de la médecine occidentale. Déjà dans la Grèce antique, les médecins se regroupaient en "collèges". Pour certains auteurs, cette organisation est comparable à notre actuel Ordre des médecins, dont le serment d'Hippocrate représente l'un des premiers "codes déontologiques"[145]. Ce mode de fonctionnement, étonnamment proche de celui que nous connaissons actuellement, n'est pas inédit et est probablement un héritage de médecines plus anciennes, dont celle pratiquée en Egypte[146]. On retrouve une organisation similaire dans l'Antiquité romaine, nettement influencée par la médecine grecque. A noter, qu'en droit romain[147], les médecins, en tant qu'artisans, avaient la possibilité de s'organiser en corporations, que l'empereur Julien (331-363) rendra obligatoires par l'adhésion à un "collège" de médecins pour pouvoir exercer[148]. Mais ces corporations, tout comme aujourd'hui, avaient des rapports ambivalents avec le pouvoir impérial qui tantôt les autorisait - voire les rendait obligatoires -, tantôt les interdisait en les considérant comme une menace[149]. Plus généralement, la volonté de l'Etat d'asseoir son contrôle sur les médecins n'est pas nouvelle. Ainsi, Alexandre Sévère, ira jusqu'à faire du

145 Pouillard, Jean, *Historique de l'Ordre national des médecins 1845 - 1945*, Paris : Ordre national des médecins, 2004, p. 2.

146 Michels, Jean-Jacques, *Histoire de la médecine : antiquité*, Anabible, Service d'anatomie pathologique du CFB de Caen et du CHPC de Cherbourg. En ligne. <http://anabible.webethan.com/spip.php?page=print-article&id_article=4698&lang=fr>. Consulté le 10 avril 2013. Le système de soins est un service public gratuit à l'échelle de tout le pays, la profession étant réglementée depuis Imhotep - premier personnage de l'Histoire décrit comme un médecin en exercice - selon un code éthique bien défini.

147 Masson, Paul, *Droit romain : les corporations : étude juridique et historique*, thèse pour le titre de docteur en droit, Paris : Arthur Rousseau, 1888, 367 p. Voir notamment le chapitre IV.

148 Pouillard, Jean, 2004, op. cit., p. 2

149 Michels, Jean-Jacques, op. cit.

médecin de la maison impériale un fonctionnaire de l'Etat romain dont les salaires étaient contrôlés[150].

Au Moyen Age[151] également, les médecins se regrouperont en corporations : initialement celle des prêtres-médecins[152], lorsque la médecine était surtout exercée par des moines, puis celles des médecins et des chirurgiens barbiers[153] lorsque l'exercice médical s'éloignera progressivement de son cadre religieux avec l'essor des premières facultés au XIIIème siècle. Cela ne se fera pas sans une forme de contrôle sur la profession[154], dont les modalités sont économiques, administratives et déontologiques. Les corporations de médecins sont garantes de l'honneur, de l'indépendance, ainsi que du monopole d'exercice par les docteurs en médecine[155], autant de rôles actuellement dévolus à l'Ordre des médecins. Déjà au Moyen Age, les corporations doivent avant tout se concevoir comme un moyen de contrôle de la profession médicale par le pouvoir royal qui contrôle leurs statuts par des "ordonnances royales"[156]. Il faut encore noter que, durant cette période, les corporations souffrent de nombreuses divisions internes mais aussi de conflits entre elles[157] - notamment entre corporations de médecins et de chirurgiens -, et entretiennent, comme par le passé, des relations ambivalentes avec le pouvoir royal qui tantôt les contrôles, tantôt souhaite les abolir comme tentera de le faire Louis XVI. Ces corporations connaîtront leur apogée au XVème siècle pour ensuite décliner[158] au siècle suivant.

150 Ibid.

151 Pour ce qui est des corporations d'Acien Régime, voir notamment : Boileau, Etienne, *Les métiers et corporations de la ville de Paris - XIIIe siècle : le livre des métiers*, Paris : Imprimerie nationale, 1879, 421 p.

152 Darricau-Lugat, Caroline, 1999, *Regards sur la profession médicale en France médiévale (XIIe – XVe)*, Revue.org, Cahiers de recherches médiévales et humanistes. En ligne. <http://crm.revues.org/939>. Consulté le 08 décembre 2012. p. 2.

153 Pouillard, Jean, 2004, op. cit., p. 2.

154 Darricau-Lugat, Caroline, 1999, op. cit., p. 10

155 Pouillard, Jean, 2004, op. cit., p. 2

156 Ibid., p. 2

157 Martin Saint-Léon, Etienne, *Histoire des corporations de métiers depuis leurs origines jusqu'à leur suppression en 1791 - suivie d'une étude de l'évolution de l'idée corporative au XIXe siècle et sur les syndicats professionnels*, Paris : Guillaumin et Cie., 1897, p. 403. Cet ouvrage ne traite pas spécifiquement des corporations médicales et passe même sous silence une grande partie du corporatisme libéral, mais présente tout de même un intérêt certain pour comprendre les mécanismes corporatifs de façon générale jusqu'en 1791.

158 En ce qui concerne spécifiquement la période de déclin des corporations d'Ancien Régime, à savoir du XVIème siècle à la Révolution Française, le lecteur pourra se reporter à l'ouvrage suivant : Kaplan, Steven L., *La fin des corporations*, Paris : Fayard, 2001, 740 p.

4.2. De la Révolution à l'industrialisation

Les corporations sont finalement abolies à la Révolution Française par la loi Le Chapelier promulguée le 14 juin 1791 et dont voici les deux premiers articles[159] particulièrement intéressants :

> "*Article 1er : L'anéantissement de toute espèce de corporations des citoyens du même état ou profession étant une des bases fondamentales de la constitution française, il est défendu de les rétablir de fait sous quelque prétexte et quelque forme que ce soit."*
>
> *"Article 2 : Les citoyens d'un même état ou profession, les entrepreneurs, ceux qui ont boutique ouverte, les ouvriers et compagnons d'un art quelconque ne pourront, lorsqu'ils se trouveront ensemble, se nommer ni président, ni secrétaires, ni syndics, tenir des registres, prendre des arrêtés ou délibérations, former des règlements sur leurs prétendus intérêts communs [...].*"

Il en ressort deux constatations. La première est que, évidemment, cela interdit les corporations et toutes formes de syndicalisme pour les médecins. La seconde est que cela freine considérablement la mutualité, ou plus généralement l'entraide auto-organisée par les citoyens. Pour Goerges Battesti, dans sa thèse sur le syndicalisme médical, cette loi peut s'analyser selon deux axes[160] : d'une part, elle peut être vue comme une mesure répressive de lutte contre des associations dont l'influence a inquiété les pouvoirs publics et, d'autre part, elle peut se concevoir de façon plus sociale en excluant toute forme de corporatisme et préservant ainsi - par une attitude centralisatrice - les acquis de la Révolution. Conformément aux idées révolutionnaires, c'est l'intérêt individuel et l'intérêt général de toute la société qui doivent primer sur les intérêts "mixtes" de certaines catégories sociales[161]. La loi Le Chapelier n'anéantira toutefois pas le syndicalisme qui persistera - plus ou moins toléré - dans la clandestinité sous la forme de "Sociétés de résistance"[162].

Dans la continuité de la loi Le Chapelier, la loi du 8 août 1773 supprime l'Académie de chirurgie, la Société de médecine et toutes les facultés, et rend ainsi l'exercice de la médecine totalement libre[163]. Chaque citoyen peut donc exercer la médecine sans aucun contrôle d'aucune sorte. Inutile de dire que la qualité des soins va nettement se détériorer et que la santé de la population se verra menacée. L'Etat en prendra conscience[164], ce qui aboutira à la loi du 10 mars 1803 sur la réglementation de l'exercice médical. L'obtention d'un diplôme d'officier de santé ou

159 Battesti, Georges, *Historique du syndicalisme médical en France*, thèse pour le doctorat de médecine, Limoges : Faculté de médecine et de pharmacie de Limoges, 1979, p. 7.
160 Ibid., pp. 7 - 8.
161 Ibid., p. 8. Voir également Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 38.
162 Battesti, 1979, op. cit., p. 8.
163 Ibid., p. 11.
164 Ibid., p. 12.

un titre de doctorat sont désormais obligatoires pour exercer la médecine[165]. Cela induira une hiérarchie dans l'exercice de la médecine entre les docteurs en médecine qui, à partir de 1808, seront issus des Facultés de Médecine qui remplacent les écoles de Médecine, et les officiers de santé ayant fait des études plus courtes et dont les modalités d'exercice sont plus restreintes. Les premiers sont essentiellement destinés à soigner les gens aisés des villes alors que les seconds se consacrent à la population rurale généralement plus modeste. D'autre part, cette réglementation, appliquée de façon plutôt laxiste selon Patrick Hassenteufel[166], reste très sommaire et le charlatanisme ne régresse pas significativement car, en l'absence de cadre juridique précis, la condamnation pour exercice illégal de la médecine est impossible[167]. Ainsi, au nom de la moralisation de la profession, l'élite médicale va se mobiliser à partir des années 1820 pour lutter contre l'officiat de santé et le "charlatanisme"[168], formant ainsi les bases des revendications syndicalistes futures.

A la même époque, l'industrialisation émerge en Europe, faisant apparaître une nouvelle classe socio-professionnelle, la "classe ouvrière", qui donnera naissance au "mouvement ouvrier", organisé autour de la revendication de meilleures conditions de travail et de vie. C'est ainsi que la classe ouvrière va progressivement s'auto-organiser autour de la défense d'intérêts communs, jetant ainsi les bases de l'idéologie syndicale, qui demeure interdite par loi Le Chapelier. Il en résultera des modifications significatives des modalités d'exercice de la médecine. En effet, les ouvriers rejoignent les grands centres urbains industrialisés dans une dynamique de "centralisation industrielle"[169], ce qui transforme la clientèle des médecins. Naissent également les premières "Sociétés de secours mutuel" dans les villes[170], créées par les ouvriers et qui constituent les permisses de la protection sociale. Rapidement le syndicalisme médical sera confronté à la question de la santé des ouvriers, qui deviendra un enjeu de santé publique.

C'est dans ce contexte que seront créées les premières associations de médecins, qui n'ont pas encore le statut de syndicats. On pourra citer l'Association des Médecins de Paris, présidée par le doyen Mathieu Orfila, fondée en 1833[171]. Le but affiché, outre les questions sociales émergentes et la moralisation de la profession, est de défendre les conditions de vie des médecins parfois eux-mêmes malades et appauvris par de longues études[172]. C'est en ce sens notamment que l'on voit transparaître l'influence du mouvement ouvrier. Quelques années plus tard, le

165 Idem.
166 Hassenteufel, 1997, op. cit., p.34.
167 Battesti, 1979, op. cit., p. 13. Voir également Hassenteufel, 1997, op. cit., p. 34.
168 Hassenteufel, 1997, p. 34 - 35.
169 Battesti, 1979, op. cit., p. 14.
170 Idem.
171 Ibid., p. 15.
172 Idem.

Congrès de 1845 réunissant 1200 médecins de la France entière est créé sous la présidence du Ministre De Salvandy. Y sont abordés tous les aspects de la profession médicale[173] et notamment la défense de celle-ci. De ce congrès naîtra la même année l'Association Médicale de France, sous la présidence d'Amédée Latour - médecin et journaliste -, qui obtiendra la personnalité civile par les décrets de 1852 et 1856[174]. Dans une société en pleine mutation sous l'influence de l'industrialisation, les médecins doivent s'affirmer en tant que catégorie sociale et créer des organismes représentatifs. Cela s'inscrit également dans une volonté de professionnalisation de la pratique médicale, passant par l'autonomie du corps médical dans ses interactions avec l'Etat. Ainsi, Patrick Hassenteufel écrit :

> "*La professionnalisation est donc le produit d'une interaction entre un groupe social et l'Etat, entre les médecins et d'autres pouvoirs, politiques en particulier. Elle peut s'analyser comme un processus conflictuel dans le cadre duquel interviennent des acteurs collectifs luttant pour la reconnaissance du label spécifique de profession, octroyant le monopole sur la pratique et des moyens de la contrôler. L'obtention de ce label dépend de la mobilisation des ressources du groupe social, ici les médecins, tout particulièrement auprès des autorités publiques.*"[175]

Il faut souligner que la notion de contrôle de la profession est un déterminant central de la réorganisation du corps médical. Il se fera par la profession elle-même (l'auto-contrôle) et par l'Etat. A noter que seul l'Etat, au travers de l'organe législatif, est capable d'assurer aux médecins le monopole sur leur pratique et les moyens de la contrôler. Mais il en découlera une remise en question de l'autonomie du corps médical qui, en perdant son indépendance par rapport à l'Etat, fait naître des relations ambiguës avec ce dernier. Le syndicalisme médical va donc s'attacher à professionnaliser le corps médical tout en le protégeant d'une ingérence trop forte de l'Etat dans son fonctionnement.

Toutefois, la montée du syndicalisme médical va trouver de nombreuses réticences chez les médecins. Pour Georges Battesti, "*l'élite de la profession craint de ne plus contrôler et organiser la médecine à sa guise ; beaucoup de praticiens exècrent de se voir assimiler au combat ouvrier, ou pensent aliéner une part de leur indépendance*"[176]. Mais l'émergence de la médecine sociale aura raison de cette opposition sans pour autant la faire disparaître totalement. Toujours selon le même auteur, ce processus de représentation syndicale semblait inéluctable sous peine de voir la profession médicale se soumettre, ou se désintégrer par son inaptitude à se déterminer face aux autres catégories sociales[177].

---

173 Ibid., p. 16
174 Idem.
175 Hassenteufel, 1997, op. cit., p. 32.
176 Battesti, 1979, op. cit., p. 18.
177 Idem.

4.3. La loi Valdeck-Rousseau et la création des premiers syndicats médicaux

La seconde moitié du XIXème siècle verra apparaître une tolérance de l'Etat vis-à-vis de la montée du syndicalisme, qui avait été contraint à une existence clandestine durant la première moitié du siècle. En effet, la classe ouvrière ne disposant pas de moyens officiels de défendre ses intérêts, elle n'aura d'autre choix que la révolte pour faire entendre ses revendications. Pour mettre fin aux soulèvements violents de la classe ouvrière, dont le poids du nombre lui donne un pouvoir de plus en plus grand, l'Etat n'aura d'autre choix que de se montrer tolérant envers le syndicalisme. Ainsi, Napoléon III reconnaît en 1864, aux ouvriers, le droit de coalition et abroge les articles 414 et 416 du Code Pénal mis en place par la Loi Le Chapelier[178]. Mais il ne s'agit bien là que d'une tolérance. En effet, ces deux articles seront remplacés par trois autres qui interdise les atteintes au libre exercice de l'industrie et de la liberté du travail[179] et qui laissent la classe ouvrière dans une position pour le moins ambiguë. Il faudra attendre la loi Valdeck-Rousseau, promulguée le 21 mars 1884, pour que les syndicats soient officiellement reconnus. Il ne faut pas pour autant voir cette avancée sociale que comme une volonté de l'Etat d'accroître les libertés de la classe ouvrière, mais aussi comme un moyen de contrôler celle-ci. En donnant un statut officiel aux syndicats, les pouvoirs publics entendent contrôler un mouvement dont l'ampleur commence à constituer une menace pour l'Etat, tout en ménageant une partie de leur électorat.

Bien sûr, le corps médical tirera parti de ces nouvelles possibilités d'action sociale et c'est ainsi qu'en 1879 le Dr Cezilly fonde la revue *Le Concours Médical*, dont l'objectif était principalement de défendre et d'informer le corps médical et de créer la matrice du syndicalisme médical français. Le 16 mai 1881, le Dr Mignen fonde le premier syndicat médical à Montaigu en Vendée[180]. Quelques années plus tard, et seulement un an après la promulgation de la loi Valdeck-Rousseau, est créée la fédération syndicale USMF (Union des Syndicats Médicaux de France). Mais selon George Battesti, la loi Valdeck-Rousseau n'était en réalité, et contrairement à ce que croyait la plupart des médecins à l'époque, pas applicable à la médecine, comme en témoigne une décision de la Cours de cassation datant du 27 juin 1885 :

> "*Attendu que la loi sur les syndicats professionnels n'a point été rendue applicable à toutes les professions ; que les travaux préparatoires ont constamment affirmé la volonté du législateur d'en restreindre les effets à ceux qui appartiennent, soit comme patrons, soit comme ouvriers ou salariés, à l'industrie, au commerce ou à l'agriculture, à l'exclusion de toutes autres*

178 Battesti, 1979, op. cit., p. 19.
179 Idem.
180 Ibid., p. 22.

personnes ; que la loi n'est pas moins absolue dans ses termes puisque, d'une part dans l'article trois, elle limite l'objet de ces syndicats à l'étude et à la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles, refusant le droit de former des syndicats à tous ceux qui n'ont à défendre aucun intérêt économique se rattachant d'une façon générale à l'un des intérêts précédents"[181].

Pour autant, au vu du contexte dans lequel cette décision a été rendue, la rattacher à une remise en cause du syndicalisme médical de façon générale parait exagéré. En effet, cette décision fût rendue dans le cadre d'un procès pour exercice illégal de la médecine d'un rebouteur de l'Orne dans lequel un syndicat local de médecins s'était porté partie civile. Ce syndicat n'obtint pas gain de cause essentiellement parce que, aux yeux de la loi, un syndicat ne devait pas avoir pour but de défendre une profession autrement que par des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles, et ne devait notamment pas défendre d'intérêts moraux. Il faut toutefois noter que la lutte contre le "charlatanisme" peut s'intégrer dans des intérêts économiques puisque, au-delà d'une mise en danger des patients et d'une atteinte à l'honneur de la profession médicale, l'exercice illégal de la médecine constitue un manque à gagner pour les médecins, ce qui se rattache à des intérêts économiques. Et ces intérêts économiques, bien que souvent non avoués, pourraient même être un des déterminants majeurs du syndicalisme médical, comme le suggère les propos du Dr Marguerite dans le numéro du *Concours Médical* d'octobre 1879 : "*N'êtes-vous pas convaincus que du jour où les intérêts matériels de la profession seront sauvegardés d'une manière sûre, les intérêts moraux le seront également parce que le médecin ne se trouvera jamais exposé entre son intérêt et son devoir.*"[182]

En 1884 on recense 150 syndicats de médecins regroupant 3500 adhérents, dont 40 d'entre eux formeront l'USMF[183]. Il faudra attendre la loi du 12 mars 1920 pour qu'un syndicat soit officiellement considéré comme représentatif d'une profession et non plus seulement comme un droit individuel[184], et que le syndicalisme médical soit ainsi pleinement reconnu. La loi Le Chevandier de 1892 marquera une nouvelle avancée en ce qui concerne les revendications des médecins, d'une part en étendant le rôle du syndicat à la défenses des intérêts professionnels (sans plus de précisions) et, d'autre part, en prévoyant des sanctions pour l'exercice illégal de la médecine ou en cas de faute et en supprimant l'officiat de médecine[185]. Elle reconnaît pour la première fois officiellement les syndicats médicaux.

En 1895, Jean Jaurès donne la description suivante des statuts du syndicalisme médical :

181 Ibid., p. 21.
182 Ibid., p. 22. Georges Battesti reprend ici les propos du Dr Marguerite.
183 Ibid., p. 23.
184 Ibid., p. 20.
185 Ibid., p. 23.

"*Les statuts [des syndicats, NDLR] sont très autoritaires et les sanctions très énergiques. Aucun médecin ne pourra, sauf les cas d'extrême urgence, soigner un malade qui aura manqué d'égard à un autre médecin. Aucun médecin ne pourra traiter avec une municipalité, avec une compagnie d'assurance, avec une société de secours mutuel, avec un grand industriel, sans soumettre au syndicat tous les détails sur le nombre de malades à soigner, sur les conditions acceptées par lui ; il ne pourra signer aucun engagement sans l'autorisation préalable du syndicat ; il devra se conformer pour certaines constatations à des tarifs déterminés. Je n'ai à discuter ni la valeur, ni l'efficacité probable de ces statuts ; ce n'est pas mon affaire. Je tiens seulement à faire au point de vue politique et social une double constatation. D'abord, les médecins qui se syndiquent dans ces conditions condamnent par la-même la loi de la concurrence, qui est la loi essentielle de l'ordre capitaliste. Qu'ils le sachent ou non, qu'ils le veuillent ou non, ils font acte de Socialisme.*"[186].

Inutile de dire que ces statuts sont très strictes et contrôlent de façon étroite les médecins, et reprennent en partie les fonctions qui seront plus tard dévolues à l'Ordre. Les propos de Jean Jaurès soulignent également le poids politique du syndicalisme médical, dont l'importance ne cessera de grandir, les syndicats étant, jusqu'à la création de l'Ordre des médecins, les seuls organismes représentatifs qui peuvent prendre part aux négociations avec l'Etat.

Finalement, de 1892 jusqu'au lendemain de la Première Guerre mondiale, le syndicalisme médical ne connaîtra pas d'évolution majeure[187]. Ce sont les premiers débats sur les lois sociales et les premières discussions concernant la création d'un Ordre des médecins, qui mettront les syndicats au premier plan dans l'organisation du système de santé.

186 Ibid., p. 24. Georges Battesti cite ici un extrait d'une lettre de Jean Jaurès dans la *Dépêche de Toulouse* datant du 1895.

187 Battesti, Georges, 1979, op. cit., p. 29.

Partie II. - 1918 - 1926 : les projets de loi d’après guerre et les débats avec l’USMF

Chapitre 1. - Le corps médical français et la protection sociale au lendemain de la guerre

1.1. Le corps médical affaibli

Si la Première Guerre mondiale a marqué une rupture dans le développement des assurances sociales, notamment en désorganisant profondément le syndicalisme médical, cela ne signifie pas qu'aucune évolution n'a eu lieu dans le domaine de la protection sociale, bien au contraire. Certes, la guerre a désorganisé les processus en cours, mais elle a aussi posé des problèmes sociaux sans précédent, induisant de nouveaux besoins en matière de protection sociale.

Pendant la guerre, de nombreux médecins ont été appelés sous les drapeaux, et beaucoup d'entre eux sont morts au combat. Le syndicalisme a ainsi subi de lourdes pertes, notamment parmi ses dirigeants. Dans le chaos de la guerre, il a été très difficile pour les médecins de poursuivre une action syndicale organisée et efficace, même si une poignée d'entre eux ont tenté, tant bien que mal, de poursuivre la défense des intérêts de la profession en créant le "Conseil intermédiaire de l'Union"[188] qui prend le relais du Conseil de l'USMF. Toutefois, pour des raisons évidentes liées aux contraintes de la guerre, l'USMF n'a pas pu publier de *Bulletin Officiel* durant les années de conflit et les documents dont nous disposons, provenant de l'Union, ne nous donnent que des informations *a posteriori* avec la publication du *Médecin Syndicaliste*[189] au lendemain de la guerre. La lecture des publications de l'Union de l'année 1919 nous renseigne sur les principales difficultés perçues par le corps médial dans l'immédiat après-guerre et que nous allons détailler à présent point par point.

Le syndicalisme, nous l'avons dit, s'est vu profondément désorganisé par la guerre. S'ajoute à cela des difficultés économiques, les cotisations des membres de l'Union ayant été versées de façon inconstantes durant le conflit. L'Union sort donc de la guerre nettement affaiblie, tant du point de vue de l'organisation que du point de vue économique. Cet affaiblissement temporaire sera l'occasion où jamais pour l'Etat de tenter d'imposer certaines mesures - notamment dans le domaine de la politique sociale - perçues par le corps médical comme peu favorables aux intérêts de la profession.

188 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1919, p. 87. Le premier numéro du "Médecin Syndicaliste" de l'année 1919 présent dans les archives de la CSMF porte le n°2, le n°1 restant introuvable. Toutefois, à la lecture de ce 2ème numéro et au vu des propos qu'il contient, il semble avoir été le premier numéro publié de l'année.

189 Organe de presse de l'USMF, prenant le relais du "*Bulletin Officiel de l'USMF*" après la Première Guerre mondiale.

La première préoccupation dont témoigne le *Médecin Syndicaliste* concerne les mobilisations de guerre de près de 15 000 médecins sur les 20 000[190] exerçant en France, pendant la Première Guerre mondiale. A en croire l'Union, la "clientèle" des médecins mobilisés aurait été reprise, en leur absence, par des médecins étrangers[191]. Mais ce phénomène pourrait être également dû à une augmentation des étudiants étrangers dans les facultés ayant débutée quelques années auparavant[192]. De retour du front, bon nombre de médecins se plaignent à travers les syndicats d'avoir trouvé leur "clientèle" reprise par des confrères étrangers. Il en découlera une vague d'indignation au sein du corps médical, les médecins demandant à l'Etat, par l'intermédiaire de l'USMF, d'interdire l'exercice de la médecine en France à tout médecin non titulaire de diplômes français : "*tout le Corps médical français a intérêt à ne pas être envahi par les médecins et étudiants en médecine étrangers ; l'épuration de notre profession doit continuer [...]*"[193]. S'en suivront de nombreux débats avec les pouvoirs politiques, sur la conduite à adopter vis-à-vis de ces médecins étrangers souhaitant continuer à exercer en France et dont il serait légitime de reconnaître le service rendu durant la guerre. Bien que cette question ne concerne pas directement les assurances sociales, elle a toutefois une importance certaine dans le sujet que nous étudions, dans la mesure où elle est ressentie comme une agression par le corps médical et ne fera donc que décupler les protestations résultant de l'adoption de nouvelles lois de protection sociale.

Par ailleurs, c'est également la première fois, au décours de la guerre, que le corps médical français fait appel à la protection de la loi pour défendre ses intérêts. Comme le rappelle Patrick Hassenteufel dans son ouvrage intitulé *Les Médecins face à l'Etat*, "*les différentes composantes du pouvoir médical, en particulier la monopolisation de l'offre de soin et l'autocontrôle, dépendent directement de l'Etat. Seuls les pouvoirs réglementaires et législatifs de l'Etat sont en mesure de garantir aux médecins le monopole des soins médicaux (ou tout au moins de leur tutelle) et de la définition de ce qui relève de la médecine ou de ce qui n'en relève pas.*"[194] Nous verrons que cela jouera un rôle déterminant dans les débats à venir.

1.2. La question des tarifs

Lorsqu'on parcourt les pages des archives syndicales, le premier sujet qui retient l'attention du lecteur concerne la question des tarifs. Comme nous l'avons remarqué précédemment, à chaque fois que l'Etat a cherché à établir un contrôle - même de faible ampleur - sur le corps médical, les tarifs se sont révélés être un

190 USMF, *Le Médecin syndicaliste*, 1919, p. 109.
191 Ibid., p. 110. L'USMF ne définit pas ce qu'elle entend par "médecins étrangers".
192 Communication orale du Pr C. Bonah.
193 USMF, *Le Médecin syndicaliste*, 1919, p. 98.
194 Hassenteufel, Patrick, *Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne*, Paris : Presses de Sciences Po, 1997, pp. 31 - 32.

point de tension particulièrement récurrent[195], notamment au cours de l'histoire de la protection sociale. Il n'est donc pas étonnant de voir les premiers débats d'après-guerre se focaliser sur ce point. Patrick Hassenteufel, dans son ouvrage, cite d'ailleurs à d'innombrables reprises les tarifs - ou plutôt la liberté de fixer le montant des honoraires - comme un déterminant majeur du pouvoir, de l'autonomie, et donc de la professionnalisation du corps médical.

Au lendemain de la guerre, la France connaît une forte inflation, le franc ayant perdu de sa valeur en raison de la dette accumulée par la France pour faire face aux dépenses engendrées par le conflit. Selon l'USMF, cette inflation aurait été de 207 %[196] en moyenne entre le début et la fin de la guerre. Les médecins cherchent donc à augmenter leurs revenus afin de compenser l'augmentation du coût de la vie. Pour augmenter les revenus, une solution peut être d'augmenter les honoraires. Cela est facile en ce qui concerne la population aisée, pour laquelle les médecins sont libres de fixer leurs honoraires, mais s'avère bien plus difficile dans le cadre des lois de protection sociale (encadrant les tarifs), notamment pour l'AMG, le "Tarif Dubief" concernant les accidents du travail, ainsi que dans le cadre de la mutualité. Ces tarifs ont augmenté durant la guerre, mais, selon l'Union, pas dans les mêmes proportions que le coût de la vie[197]. Ainsi, l'USMF demande un relèvement de ces honoraires de l'ordre de 100 à 200 %, voir même de 400 %[198] pour certains syndicalistes, et en profite pour réaffirmer la nécessité de défendre le tarif à la visite et le libre choix, qui selon l'Union ne seraient toujours pas appliqués partout. Inutile de dire que la tâche est complexe, l'Etat, déjà endetté, n'étant pas en mesure de faire face à une hausse des dépenses de santé qu'engendrerait une hausse des tarifs, surtout en ce qui concerne l'AMG[199].

1.2.1. Les tarifs dans le cadre des accidents du travail

Pour ce qui est du "Tarif Dubief" dans le cadre des accidents du travail, c'est avec les chefs d'entreprises et les représentants de leurs compagnies d'assurances, que les médecins vont devoir débattre, ce qui s'annonce là aussi difficile, la situation de certaines industries et des compagnies d'assurances étant loin d'être confortable

195 Cf. précédemment, notre étude sur les médecins face à la protection sociale avant la Première Guerre mondiale.

196 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1919, p. 6.

197 Ibid., p. 75.

198 Ibid., p. 75.

199 L'AMG est financée par des subventions de l'Etat, des départements et des communes, alors que les accidents du travail sont financés par l'employeur en vertu de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail : "*Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires.*" (source : Ministère du Travail, *Loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail*. En ligne. <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_du_9_avril_1898.pdf> Consulté le 10 août 2013. p. 2.) Les employeurs souscrivent généralement à des assurances responsabilités civiles privées pour couvrir ce risque.

au sortir de la guerre. C'est ainsi qu'est nommée une commission, composée notamment de médecins et de représentants des sociétés d'assurances, ayant pour but de réévaluer le "Tarif Dubief". L'Union semble attacher une importance toute particulière à cette question. Selon elle, certains assureurs auraient voulu profiter de la désorganisation du syndicalisme médical consécutif à la guerre pour tenter de remettre en place une rémunération au forfait, comme en témoignent les propos du *Médecin Syndicaliste* : "*Les assureurs auraient eu trop beau jeu, en l'absence de nos délégués, et nous étions informés de leurs intentions à ce point de vue, à redemander et peut-être à obtenir de la commission, privée d'un grand nombre de ses membres médicaux, le retour au forfait.*"[200] Ainsi, afin de gagner du temps, l'Union demande une révision globale du "Tarif Dubief" (augmentation d'un certain pourcentage de l'ensemble des tarifs) et non pas article par article, ce qui s'avère trop fastidieux et n'a jamais abouti par le passé. Devant la résistance du patronnât et des assureurs, l'Union tente un passage en force en soumettant à la commission de révision du "Tarif Dubief" une convention provisoire et officieuse dont voici le contenu :

> "*La Commission de révision du tarif spécial des honoraires médicaux, prévue par l'article 4, paragraphe 2, de la loi du 9 avril 1890, modifiée par la loi du 31 mars 1905 sur les accidents du travail.*
>
> *Prend acte de l'accord intervenu entre MM. les Représentants des Chefs d'entreprises et des Compagnies d'assurances contre les accidents du travail d'une part, et les délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France d'autre part, accord par lequel il a été convenu que les honoraires médicaux, prévus par l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, concernant les frais médicaux mis à la charge du chef d'entreprise, lorsque la victime a fait choix elle-même de son médecin, seront majorés de cent pour cent.*
>
> *La présente convention aura un effet rétroactif à partir du premier janvier 1919 et se terminera le premier janvier 1920.*
>
> *Elle sera prorogée de trois mois, par tacite reconduction, si elle n'est pas dénoncée par une des parties, un mois avant la fin de chaque période.*"[201]

Ainsi l'Union souhaite majorer les tarifs, mais également les rendre révisables plus souvent, le "Tarif Dubief" ne pouvant jusque là, et selon la loi, être révisé que tous les deux ans. On note par ailleurs l'insistance avec laquelle les syndicats martèlent le respect du "libre choix". Face aux difficultés rencontrées dans les négociations au sujet du relèvement du "Tarif Dubief", certains syndicats auraient, selon l'Union, décidé de ne plus tenir compte de ce tarif et auraient passé des accords directement avec les chefs d'entreprises[202]. Il nous faut encore citer les

200 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1919, p. 102.
201 Ibid., p. 143.
202 Ibid., p. 145.

propos tenus par le Dr Jolicoeur, lors de l'Assemblée Générale de l'USMF des 12 et 13 juillet 1919, qui prêtent à réflexion :

> "*Les ouvriers sont quelques fois malades, mais sont surtout blessés, et au point de vue de la blessure, ils nous échappent comme honoraires, puisque les frais sont assumés par les Compagnies d'assurances. Nous voyons donc dans les accidents du travail des revenus qui vont devenir considérables. A titre indicatif, le déblaiement de la ville de Reims a été prévu pour une somme de 225 millions. Vous voyez le nombre d'ouvriers qui vont être blessés en exécutant ces travaux.*"[203]

C'est à ce demander si le corps médical cherche à retrouver sa situation financière d'avant guerre ou plutôt à l'optimiser. Pour certains membres de l'Union, les ouvriers semblent représenter une manne financièrement conséquente, qui ne doit pas leur échapper. Remarquons également que lorsque le Dr Jolicoeur affirme que les ouvriers blessés durant leur travail échappent au corps médical comme honoraires, ce n'est que partiellement vrai. En effet, il faut bien se rendre compte que le système de prise en charge des accidents du travail "solvabilise" un grand nombre d'ouvriers qui sinon n'auraient pas les moyens de consulter un médecin. En ce sens, on ne peut pas affirmer aussi facilement que cela constitue un manque à gagner pour les médecins par rapport à une situation où ce système n'existerait pas. Et ce n'est sans doute pas un hasard si le Dr Lafontaine, secrétaire général de l'Union, au cours de la même discussion, souhaite que l'action de l'USMF se focalise sur les régions dévastées[204] où le "marché" des accidents du travail est sans doute le plus prometteur.

Il est à ce titre tout à fait intéressent de constater que, si les médecins se considèrent comme des victimes de l'inflation, pour Fernand Dubief, dans son ouvrage intitulé *A travers la législation du travail* publié en 1905[205], ils pourraient également en être les instigateurs et ce déjà avant guerre :

> "*Le bénéfice de ces salaires énormes [les salaires en France, notamment ceux des médecins], considérablement moins élevés d'ailleurs dans les professions libérales que dans les travailleurs organisés en << Unions >>, n'est pas absolu ; cela va sans dire. Ils ont provoqué naturellement un relèvement du prix de la plupart des objets de consommation, rendue la vie plus chère et ensuite poussé à une méconnaissance de la valeur de l'argent [...].*"[206]

Toujours est-t-il que le processus de révision s'éternise. En effet, devant l'impossibilité de s'entendre avec les assureurs sur une révision globale, celle-ci se fait article par article, ce qui s'avère particulièrement fastidieux. Selon le discours

203 Ibid., p. 181.
204 Ibid., p. 182.
205 A cette époque Fernand Dubief est député et membre des Commissions du budget du travail, du régime des aliénés et des pensions civiles.
206 Dubief, Fernand, *A travers la législation du travail*, Paris : Ed. Edouard Cornély, 1905, p. 137.

officiel des assureurs, cela a l'avantage de supprimer les "défauts" du tarif, mais il est probable que ces derniers souhaitent aussi prolonger les discussions afin de repousser au maximum la révision. Par ailleurs, au sein même du syndicalisme, il semble exister des difficultés à s'accorder sur les modalité de cette révision. Le nouveau tarif Dubief ne sera finalement adopté qu'en juillet 1920 après que les médecins aient obtenu gain de cause sur la plupart des points débattus.

1.2.2. Les tarifs dans le cadre de l'AMG

En ce qui concerne l'AMG, mise en place par la loi du 15 juillet 1893, nous rappellerons qu'elle instaurait pour la première fois le tiers payant, permettant aux indigents inscrits sur une liste de se faire soigner gratuitement par un médecin ensuite remboursé par l'administration. Les revendications la concernant, au premier rend desquelles se trouve l'augmentation des tarifs, sont également nombreuses. Ce sujet anime de nombreuses discussions au sein de l'Union mais, contrairement au "Tarif Dubief", cela ne semble amener, dans un premier temps, aucune action concrète, ou du moins aucune discussion avec les représentants de l'Etat. Et la raison n'est sans doute pas très difficile à percevoir : un autre sujet plus important monopolise les débats avec les pouvoirs publics, à savoir la loi sur les pensions de guerre, sur laquelle nous reviendrons. En effet, il ne parait pas opportun, d'un point de vue stratégique, de multiplier les négociations sur des sujets différents avec l'Etat, au risque de voir les débats s'éterniser. De plus, une fois des tarifs suffisants obtenus dans le cadre des accidents du travail et des pensions de guerre, il sera plus facile de faire réviser les tarifs de l'AMG[207]. Les proportions dans lesquelles les tarifs de l'AMG doivent être augmentées sont sujettes à débats au sein de l'Union : certains suggèrent une augmentation de l'ordre de 100 à 200% comme pour le "Tarif Dubief", d'autres souhaitent voir ces tarifs s'aligner sur le "tarif ouvrier de base[208]"[209]. Toujours est-il que les syndicats protestent énergiquement contre les consultations à bas prix, voire gratuites, qui leurs sont parfois demandées, au nom de leur devoir de charité, devoir de charité que les médecins estiment déjà remplir en payant leurs impôts :

> "*La loi de 1893 repose sur le principe de la solidarité : le médecin en payant ses impôts remplit son devoir de solidarité envers la collectivité ; la collectivité, elle, ne remplit pas son devoir envers le médecin en faisant appel à sa charité et en le laissant supporter seul, pour une très grosse part, les charges résultant de la loi sur l'Assistance médicale gratuite.*"[210]

207 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1919, p. 231.
208 Tarif généralement appliqué par les médecins en dehors de l'AMG ou, d'une manière générale, en dehors de tout tarif contrôlé dans le cadre d'un système de protection sociale.
209 Ibid., p. 150.
210 Ibid., p. 150. Le Dr. Bertillon reprend ici la conclusion du Congrès des Praticiens de 1914.

Mais il ne s'agit ici pas seulement d'une question financière. En effet, les médecins cherchent également à user de leur pouvoir et craignent une dégradation sociale. Ainsi, de nombreuses phrases, au combien évocatrices, ponctuent les discussions de l'Assemblée Générale de l'Union de 1919 : "*on nous met plus bas que l'ouvrier*"[211], ou encore "*nous finirons par avoir des clients que nous soignerons à bas prix, clients qui seront plus riches que nous*"[212]. Pouvoir et situation sociale semblent donc indissociables de la question des tarifs, tarifs qui dans le cadre de l'AMG viennent se confronter à la charité et à l'obligation déontologique d'assistance du médecin.

1.2.3. Les tarifs dans le cadre de la mutualité

Nous ne dirons que quelques mots de la mutualité, qui ne semble pas constituer une priorité directe pour l'Union, même si les syndicats demandent, comme pour l'AMG et le "Tarif Dubief", un relèvement des tarifs. Nous l'avons déjà dit, un sujet plus important monopolise les débats - la loi des pensions -, qui se trouve en partie lié à la mutualité dans la mesure où les sociétés de secours mutuel sont autorisées à fournir les prestations prévues par cette loi. Ainsi, en réglant la question des tarifs pour la Loi des pensions - sur laquelle nous allons revenir en détail -, l'Union espère sans doute régler partiellement la question des tarifs de la mutualité. Signalons encore que la "Commission Médico-Mutualiste", constituée en 1914, a été interrompue par la guerre et ne semble pas avoir abouti à un quelconque accord nouveau, au vu des archives de l'Union.

1.2.4. Remarques concernant les tarifs

La question des tarifs est donc pour le moins ambiguë. Il est incontestable que les médecins ont dû faire face à l'inflation au lendemain de la guerre et ont voulu, pour cette raison, accroître leurs honoraires pour maintenir leurs revenus. Mais il y a un autre versant de la question à ne pas négliger : l'offre de soins dans le cadre de la protection sociale, et plus particulièrement en ce qui concerne les assurances sociales, constitue un marché important, sur lequel les médecins doivent se positionner judicieusement pour en tirer profit. N'hésitons pas à le dire : au delà des valeurs de charité et d'empathie, et des considérations morales et éthiques, la médecine libérale constitue bel et bien une activité commerciale, qui ne peut négliger totalement le profit. C'est ce que souligne Jean Ducos, dans sa thèse intitulée *L'économie de la médecine libérale*, évoquant "*des comportements opportunistes d'une profession qui a cherché à maximiser son pouvoir, sa position*

211 Ibid., p. 150.
212 Ibid., p. 149.

sociale et ses revenus."[213] Mais, dans le cadre de la médecine, la problématique est particulièrement subtile, le médecin étant détenteur - par essence - d'un certain pouvoir et d'une "haute" position sociale, qui viennent à la fois s'associer et s'opposer aux considérations financières. S'opposer, car le pouvoir est sous-tendu partiellement par un rôle moralisateur du corps médical, qui s'appuie entre autre sur le principe de charité, impliquant de se tenir éloigné des considérations économiques et de profit. S'associer, car le pouvoir et le niveau social sont indissociables du revenu et permettent de mettre en oeuvre des moyens de le maximiser. En somme, si le médecin veut conserver et user de son pouvoir sur les questions relatives à l'économie de la médecine, il fragilise les bases mêmes de ce pouvoir, d'où une difficulté des médecins à se positionner de façon claire et précise sur un nouveau marché de soins en plein développement. Il faut encore noter que la santé est un des piliers des droits de l'homme et, qu'à ce titre, elle ne rentre pas dans le cadre d'une économie de marché comme les biens de consommation courante. Laurent Visier, dans un article intitulé "*Le médecin comme professionnel*", lève en partie le voile sur cette ambiguïté, évoquant "l'orientation du médecin vers la collectivité" en reprenant la théorie du sociologue américain Talcott Parsons :

> "*Le critère de "l'orientation vers la collectivité", qui différencie les professionnels des hommes d'affaires, est [...] un facteur essentiel de confiance de la part du malade qui doit être protégé contre l'exploitation qui résulte de son impuissance, de son incompétence et de son irrationalité. Cette orientation est soutenue notamment par l'interdiction de la publicité des médecins ou l'impossibilité de négocier les honoraires médicaux.*"[214]

Il ne faut toutefois pas négliger la notion de reconnaissance, comme le souligne Micheline Louis-Courvoisier dans un article intitulé "*Histoire des honoraires médicaux*" :

> " *"Il doit exister une proportion entre l'importance des services rendus par le médecin, et la mesure de la reconnaissance que ces services exigent." Cette citation montre qu'aux yeux des médecins l'honoraire ne reflète pas seulement une rémunération financière d'un geste ou d'un conseil médical mais aussi à une récompense symbolique de l'investissement personnel qu'ils engagent dans l'exercice de leur profession.*"[215]

Toute la question est donc de savoir ce qu'est un "salaire" juste dans un domaine où le marché n'est pas l'outil absolu de sa fixation.

Enfin, il ne faut pas d'avantage ignorer les modalités concrètes de rémunération des honoraires, qui représentent un des déterminants de la relation

213 Ducos, Jean, *L'économie de la médecine libérale*, thèse pour le doctorat en sciences économiques, Paris, 2010, p. 77.

214 Visier, Laurent, *Le médecin comme professionnel*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecin et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, p. 98.

215 Louis-Courvoisier, Micheline, *Histoire des honoraires médicaux*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecin et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, p. 91.

médecin-patient. Il doit se concevoir, dans notre travail, en deux étapes : tout d'abord le rejet de la rémunération forfaitaire au profit du paiement à l'acte (nous y reviendrons dans le prochain paragraphe) et, dans un second temps, les débats autour du tiers payant avec la loi des pensions et les premiers projets de loi d'assurance maladie-invalidité.

1.3. Modalité de rémunération, choix du médecin, et risque de "fonctionnarisation"

Qu'en est-il a présent du "libre choix" et de son corollaire le "tarif à la visite", défendus vigoureusement par les syndicats avant guerre ? Cela reste une question de tout premier plan dans tous les débats, que ce soit dans le domaine de l'AMG, des accidents du travail, de la mutualité ou de la loi des pensions (nous aborderons ce dernier point un peu plus loin). Rappelons que ces deux principes sont garantis légalement en ce qui concerne les accidents du travail, et aussi en ce qui concerne la loi des pensions. Pour ce qui est de l'AMG, rien n'est inscrit dans la loi et les syndicats doivent livrer un bataille acharnée pour que ces principes soient appliqués, généralement en vertu d'ententes locales. Idem pour la mutualité, bien que dans ce domaine il existe un accord passé en 1895 entre l'USMF et la Ligue de la Mutualité, garantissant le respect de ces deux principes. D'une manière générale, l'Union affirme que "tarif à la visite" et surtout "libre choix" sont loin d'être toujours respectés, même dans les cas où la loi les garantit. En Alsace-Moselle, les caisses d'assurance-maladie, héritées du système d'assurances sociales allemand, fonctionnent, selon l'USMF, sur le principe du "libre choix"[216]. Toujours est-il que, dans ce domaine crucial, rien ne semble acquis, obligeant les syndicats à se battre pour faire, selon le cas, accepter leurs revendications ou respecter la loi.

Plusieurs raisons (que nous allons détailler plus loin) expliquent sans doute ces difficultés. Patrick Hassenteufel en résume très bien les déterminants et dresse un tableau très pertinent de la situation des médecins à ce stade du développement de la protection sociale :

> "*Avec la constitution de systèmes de prise en charge solidaire du risque maladie se diffusent des revendications telles que le paiement à l'acte, la garantie du libre choix du médecin pour les patients ou la liberté de fixation du montant des honoraires par les médecins. Légitimées en référence à l'autonomie professionnelle, elles correspondent aussi à une stratégie de positionnement sur le nouveau marché des soins et traduisent le refus, de la part des médecins, d'une subordination économique (sous la forme du salariat) et d'un contrôle sur leur pratique qui serait exercé par les nouvelles institutions finançant la demande de soins. La mise en place de systèmes nationaux de protection sociale pose aux médecins un véritable dilemme*

216 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1919, p. 7.

stratégique. D'un côté en couvrant le risque maladie, ils accroissent sensiblement le marché des soins et rendent solvable une demande bien plus large qu'auparavant puisque les mutuelles et les systèmes d'assurance maladie visent à l'origine la population ouvrière faiblement médicalisée ; de l'autre, ils représentent un contre-pouvoir à la profession médicale et revendiquent le contrôle d'une activité qu'ils financent de façon croissante, ce qui met en jeu l'autonomie de la pratique médicale, dans sa dimension économique."[217]

Après cette vue d'ensemble, nous allons à présent aborder point par point les principales revendications du corps médical.

1.3.1. Le tarif forfaitaire

Le "tarif au forfait", tout d'abord, apparaît sans doute moins coûteux aux yeux des organismes sur qui repose le financement des mesures de protection sociale (communes, départements, Etat, mutuelles, compagnies d'assurances, patrons), mais consécutivement moins rémunérateur pour les médecins. En effet, il est assez intuitif de penser que payer un tarif fixe pour la prise en charge d'un patient, quelque soit le nombre de visites nécessaires, pourrait revenir moins cher que de payer chaque visite séparément, car cela limiterait les risques d'abus de certains médecins tentés de multiplier les consultations sans raisons médicales justifiées afin d'accroître leurs profits, voire limiterait même le nombre de consultations éventuellement nécessaires. Et c'est sur ce deuxième point que les syndicats opposent la sécurité des patients : le tarif au forfait inciterait les médecins à faire moins de consultations que nécessaire, voire même à les bâcler, ce qui induirait une mauvaise prise en charge. On pourra commenter qu'un "tarif à la visite" ne garantit toutefois pas de façon évidente une meilleure prise en charge, surtout si le tarif de chaque visite est insuffisant, car dans ce cas les médecins seront tentés de faire un maximum de visites en un minimum de temps, ce qui nuirait également à la prise en charge des patients. En somme, la sécurité des patients semblerait plus directement corrélée à la rémunération des médecins - qui travailleraient d'autant plus consciencieusement qu'ils seraient mieux payés - qu'au mode de rémunération lui-même.

Par ailleurs, le système de forfait présente "l'avantage", pour les organismes supportant la charge financière des soins médicaux, de ne pas être corrélé directement à l'activité, ce qui rend plus compliqué, pour les médecins, la contestation de ce tarif sur la base d'arguments relatifs à une activité qu'il est, de fait, difficile à quantifier. Ceci est d'autant plus vrai que, si le système de forfait incite à effectuer peu de consultations, ce peu de consultations justifie un forfait bas - même au vu d'éventuelles statistiques qui pourraient être effectuées. L'autre

217 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., pp. 60-61.

avantage est que le forfait permet une meilleure fixité des dépenses de soin ce qui rend la gestion du budget de santé plus aisée[218]. Mais certains syndicalistes prétendent que le forfait ne constitue qu'une économie apparente : soit le médecin n'a besoin de voir qu'une seule fois le patient, auquel cas il n'y a pas de différence fondamentale entre le forfait et le tarif à la visite, soit le médecin doit revoir le patient et dans ce cas il est généralement tenté de le faire à l'hôpital si un suivi rapproché est nécessaire, ce qui coûterait six fois plus cher selon l'Union[219]. En l'absence de statistiques précises, il est toutefois difficile de dire si le système du forfait constitue une réelle économie ou non.

Enfin, c'est peut-être le point le plus important, le tarif au forfait rapproche le médecin d'un statut de salarié, remettant en question l'identité libérale de la profession médicale[220] ; nous allons y revenir.

1.3.2. Le libre choix

Le "libre choix", qui pour Patrick Hassenteufel est le socle de la médecine libérale[221], est lui aussi difficile à faire respecter. En effet, il est bien plus aisé de contrôler les dépenses si le service de soin est assuré par un nombre restreint de médecins. D'une part, cela facilite l'organisation administrative - elle-même coûteuse - du système et, d'autre part, permet d'exercer plus facilement des pressions sur ces médecins - qui deviennent plus ou moins dépendant financièrement de ce système - pour faire baisser les tarifs. Selon l'Union, le problème se poserait surtout pour les jeunes médecins, dont la "clientèle" n'est pas encore constituée et qui, disposant de faibles revenus, sont attirés par une rémunération forfaitaire, donc stable. Le problème est que, si des médecins acceptent le tarif au forfait, il y a peu de chances que celui-ci soit remis en cause. Les raisons probables qui poussent l'Union à défendre si fermement ce "libre choix" sont que, d'une part, il évite qu'une partie des médecins ne monopolise les soins des patients pris en charge par les systèmes de protection sociale - et en ce sens le corps médical reconnaît à demi-mots que ces systèmes constituent une source de revenu en "solvabilisant" une partie de la population - et, d'autre part, favorise l'application du "tarif à la visite". En effet, si un patient peut voir n'importe quel médecin, et éventuellement change de médecin au cours de sa prise en charge, il est difficile d'appliquer une rémunération forfaitaire. Par ailleurs, il est fort probable qu'en défendant le "libre choix", le corps médical veuille asseoir son pouvoir et garantir son indépendance par rapport à l'Etat, l'administration et les organismes privés. Ainsi, la défense du "libre choix", tout

218 Ibid., p. 301.
219 Ibid., p. 301.
220 Voir également : Hassenteufel, 1997, op. cit., pp. 89 - 90.
221 Ibid., p. 34.

comme celle du “tarif à la visite” auquel il est corrélé, relève à la fois d’intérêts financiers et d’une certaine idéologie corporatiste.

1.3.3. Le risque de “fonctionnarisation” du corps médical

Ces deux principes viennent finalement converger en un seul point : la question de la “fonctionnarisation” du corps médical, qui revient elle aussi sans cesse dans les numéros du “*Médecin Syndicaliste*” d’après guerre. D’une manière générale, cela pose la question de l’indépendance par rapport à l’Etat, qui constitue à la fois un enjeux de pouvoir et un enjeu idéologique. Un syndicaliste de l’Union l’exprime très bien : “*Ainsi s’établirait peu à peu dans ce pays un système de fonctionnarisation de la médecine avec son habituelle hiérarchie, et dans lequel le praticien trouverait sans aucun doute une bien modeste place... Quelque chose comme un cantonnier dans le système des ponts et chaussées où trônent par ailleurs les X tout puissants !*”[222] Ainsi, l’absence de “libre choix” et le “tarif au forfait”, en remettant en cause les principes de l’exercice libéral - par essence indépendant de l’Etat - poussent le corps médical vers le salariat et la “fonctionnarisation”. Mais l’enjeu est aussi financier, dans la mesure où cela constitue la forme la plus absolue de contrôle - en l'occurrence étatique - dont nous avons vu précédemment qu’elle peut être, au travers du tarif forfaitaire et de l’absence de “libre choix”, un frein à l’enrichissement des médecins ou du moins de certains d’entre eux. A ce risque de “fonctionnarisation”, les syndicats opposent la sécurité des patients : un médecin salarié, qu’il travaille peu ou beaucoup, qu’il soit consciencieux ou non, touchera - et sera assuré de toucher - un salaire constant, d’où un risque de dégradation des soins fournis. L’Union l’affirmait déjà avant-guerre : “*Et le service, comment est-il fait souvent ? Les médecins consciencieux, touchant un traitement dérisoire, y sont de leur poche. D’autres, plus modernes, trouvent avec le ciel des accommodements mais alors leur service est imparfaitement rempli.*”[223] Mais là aussi les données manquent pour affirmer ou infirmer les craintes de l’Union. Elle évoque aussi le non respect du secret professionnel, le contrôle hiérarchique impliquant de transmettre des informations à des tiers qui n’interviennent pas dans les soins.

Enfin, posons nous la question suivante : quel est le risque qu’*in fine* une partie du corps médial devienne salarié ou fonctionnaire de l’Etat ? Les autres médecins seraient toujours libres de pratiquer la médecine libérale comme bon leur semble. Mais encore faudrait-il que le choix leur soit laissé. Il faut en effet considérer deux cas de figure.

Le premier consiste à entrevoir dans le développement des assurances sociales un processus de “fonctionnarisation” de l’ensemble du corps médical. Dans

222 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1919, p. 115.
223 USMF, *Bulletin Officiel*, n°9, mai 1914, p. 287.

ce cas, il parait assez logique de voir les médecins s'y opposer farouchement, car l'absence de choix constitue le stade ultime du contrôle de l'Etat. Allons même plus loin, le corps médical ne peut s'opposer légitimement au fonctionnariat - du moins sur des arguments relatifs au principe de contrôle - que dans la mesure où il concernerait l'ensemble de la profession. Si le médecin a le choix du mode d'exercice, il est finalement libre, puisque l'exercice libéral ne lui est pas interdit. S'il est libre, il n'y a pas de contrôle, ou du moins, si contrôle il y a, le médecin y consent librement. Et si le médecin y consent librement, il peut difficilement s'y opposer.

Le second revient à considérer une situation où les médecins auraient le choix entre exercice libéral et exercice salarié. Il se pose alors un problème de concurrence entre les médecins qui ne seraient plus sur un pied d'égalité. Les praticiens libéraux verraient sans doute d'un mauvais oeil que leurs confrères salariés accaparent sans effort - n'ayant pas de "clientèle" à constituer - une part du marché des soins, part pouvant devenir colossale avec l'extension de la protection et des assurances sociales.

1.4. La loi des pensions

Bien que la loi des pensions n'ait pas de lien direct avec les assurances sociales, il convient de s'y attarder un moment. En effet, la réaction de l'Union à cette loi servira de modèle aux débats futurs concernant les projets d'assurances sociales. C'est ce qu'affirmera d'ailleurs *a posteriori* un syndicaliste de l'Union en 1924 :

> "*Nous voulons montrer combien profondément les deux questions, Loi des pensions et Assurances sociales, réagirent l'une sur l'autre : à vrai dire, en mettant sur pied et en proposant au législateur l'organisation de soins et de contrôle de la loi des pensions, l'Union avait conscience de créer un précédent de nature à lui faciliter la tâche, le jour où la question des Assurances sociales se poserait de façon aiguë. Elle sentait bien qu'il ne s'agissait pas seulement là d'une oeuvre destinée à permettre le fonctionnement d'une expérience de Médecine sociale intéressant un nombre restreint et progressivement décroissant d'individus. Les principes mêmes de cette organisation étaient susceptibles, à certaines modalités près, de s'appliquer à quelque oeuvre que ce fût de médecine des collectivités, si nombreux qu'en puissent être les bénéficiaires.*"[224]

Il ajoutera, quelques pages plus loin : "*La loi des pensions [...] a été une véritable révolution dans les moeurs administratives. C'était la première fois, comme l'a dit un ministre à la tribune de la Chambre, que le contrôle était remis aux intéressés. L'avenir dira que la confiance du législateur était bien placée : personne ne peut nier*

224 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1924, p. 511.

le rôle moralisateur du Syndicat sur ses membres."[225] On pourra encore lire : "*Derrière la loi des pensions, on sentait poindre l'Assurance Sociale.*"[226] C'est dire si l'étude de cette loi semble incontournable pour bien comprendre la construction de celle, à venir, sur les assurances sociales et le rôle qu'y a joué le syndicalisme médical.

1.4.1. Le rôle des médecins : l'article 69 de la loi des pensions

Le rôle des médecins dans le cadre de la Loi des pensions constitue la question cruciale de l'immédiat après guerre. Au lendemain de la guerre se pose la question de la prise en charge des innombrables blessés et malades, ainsi que des veuves et orphelins. Et l'enjeu est de taille, tant du point de vue de l'organisation pratique d'un système à grande échelle que du coût financier, dans un pays affaibli par plusieurs années de guerre, étant donné le nombre de bénéficiaires potentiels. La situation est urgente, le problème n'ayant sans doute pas pu être anticipé dans le chaos de la guerre. Ainsi la loi des pensions, "*modifiant la législation des pensions des armées de terre et de mer en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service*"[227], est votée le 31 mars 1919 et promulguée le 2 avril de la même année en urgence[228]. C'est l'article 64 de cette loi qui fait l'objet de toutes les attentions de la part des syndicats de médecins. En raison de son importance, nous le citons ici intégralement :

> "*L'Etat doit à tous les militaires et marins bénéficiaires de la présente loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux, et pharmaceutiques, nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service, qui a motivé leur réforme.*
>
> *Les ayants droit seront, sur leur demande, inscrits de plein droit sur des listes spéciales établies chaque année à leur domicile de secours sous le titre : << Soins médicaux aux victimes de guerre >>.*
>
> *Cette inscription leur donnera le droit à la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques, mais exclusivement pour les accidents ou complications résultant de la blessure ou de la maladie qui aura donné lieu à pension.*

225 Ibid., p. 516.

226 Ibid., p. 1022.

227 Dans un but de simplification, nous nous limiterons à la formule "loi des pensions" pour désigner cette loi.

228 Pour une étude détaillée cette loi, le lecteur pourra se reporter à l'analyse qui en est faite dans l'ouvrage suivant : Cretin, *Loi du 31 mars 1919 sur les pensions pour blessures ou maladies contractées au service - étude comparée de l'ancienne et de la nouvelle législation*, Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1919, 174 p. Consultable en ligne. : <http://digital.slv.vic.gov.au/view/action/singleViewer.dodvs=1427214440586~412&locale=fr_FR&metadata_object_ratio=10&show_metadata=true&preferred_usage_type=VIEW_MAIN&frameId=1&usePid1=true&usePid2=true>. Consulté le 24 mars 2015.

Les bénéficiaires de la présente loi, auront droit au libre choix du médecin et du pharmacien.

Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'Etat. Le tarif en sera établi par un décret d'administration publique, pris après entente avec les représentants autorisés des organisations et des syndicats professionnels intéressés.

Si l'hospitalisation est reconnue nécessaire, les malades seront admis, à leur choix, dans les salles militaires ou dans les salles civiles de l'hôpital de leur ressort. L'Etat payera les frais de séjour suivant le tarif adopté dans l'hôpital mixte du chef-lieu d'arrondissement le plus voisin.

Les frais de voyage que devront faire les malades pour se rendre dans l'hôpital où ils seront traités ou mis en observation seront également à la charge de l'Etat. Ils seront payés dans les conditions déterminées par un règlement d'administration publique.

Sous réserve expresse, et en conformité des dispositions prises et des principes établis aux paragraphes 4, 5, 6 et 7 du présent article, lorsque les ayants droit feront partie ou deviendront membres d'une société de secours mutuels régulièrement constituée en vertu de la loi du 1er avril 1898 et assurant le service-maladie, ou d'une société de secours des ouvriers mineurs ou des caisses de secours des syndicats professionnels, ils pourront recevoir de leur société les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dont ils doivent bénéficier.

Les frais de toute nature provenant desdits soins seront remboursés aux sociétés par l'Etat, d'après les tarifs établis en vertu des dispositions prévues aux paragraphes 5, 6 et 7 susvisés.

Un règlement d'administration publique déterminera les conditions dans lesquelles sera notifiée aux sociétés la nature des blessures ou des maladies qui ont motivé la réforme de leurs membres participants bénéficiaires de la présente loi, ainsi que les conditions dans lesquelles devront être établis les certificats médicaux produits par les sociétés à l'appui de leur demande de remboursement et les conditions dans lesquelles les sociétés de secours mutuels, les sociétés de secours des ouvriers mineurs et les caisses de secours des syndicats professionnels seront indemnisés de tout ou partie du supplément de dépenses qu'entraînera l'application du présent article."[229]

On remarquera tout particulièrement les points suivants (que nous allons ensuite étudier) : gratuité des soins, prise en charge intégrale des soins par l'Etat, garantie du libre choix, mise en place des tarifs après entente avec les organismes et les syndicats professionnels concernés.

229 USMF, *Le médecin syndicaliste*, n°2, 1919, p. 241. Passages soulignés par nous.

1.4.2. L'élargissement du cadre de la protection sociale

Cette loi marque un tournant dans le développement des lois de protection sociale. En effet, les précédentes mesures (AMG, accidents du travail) ne concernaient que la classe ouvrière ou les indigents ; la loi des pensions, elle, ne s'adresse pas à une catégorie sociale donnée mais concerne potentiellement toutes les classes, des plus basses jusqu'aux plus hautes. Les médecins eux-mêmes peuvent en être bénéficiaires, selon l'article 54. Elle marque aussi la responsabilité totale de l'Etat vis-à-vis des bénéficiaires de la loi, comme le stipule l'article 1er : "*La République, reconnaissante envers ceux qui ont assuré le salut de la patrie, proclame et détermine, conformément aux dispositions de la présente loi, le droit à la réparation due : 1° aux militaires des armées de terre et de mer affectés d'infirmités résultant de la guerre ; 2° aux veuves, aux orphelins et aux ascendants de ceux qui sont morts pour la France.*"[230]

Ces deux points élargissent considérablement le cadre de la protection sociale, d'une part en élargissant le cercle des bénéficiaires et, d'autre part, en transférant l'intégralité de la responsabilité sur l'Etat. Bien sûr, cela ne concerne pour le moment que la loi des pensions mais, en se référent à la Constitution de 1945, qui "*garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle"*, il apparaît clairement que l'évolution de la protection sociale tend vers une responsabilité de plus en plus grande de l'Etat, dans le but non plus seulement d'apporter une "protection" mais aussi une "garantie" en ce qui concerne le risque social.

1.4.3. La consultation des syndicats médicaux

A peine la loi promulguée, une délégation de médecins de l'USMF est convoquée à la hâte - et sans laisser le temps à beaucoup de préparation - le 11 avril 1919 au Ministère de l'Intérieur, afin de prendre part à la Commission récemment constituée dans le but, "*notamment, de préparer le tarif des consultations, des visites, des déplacements, des opérations, etc.*"[231] et ainsi d'examiner le projet de décret portant règlement d'administration publique dans le cadre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919[232].

Suite à une nouvelle entrevue le 10 juin 1919 avec le Ministre de l'Intérieur, l'Union établit une liste des principales conditions formant les bases de la coopération des médecins au sein de la Commission. On peut notamment y lire :

230 Ibid., p. 48.
231 Ibid., p. 21. Extrait de la lettre adressée le 9 avril (soit à peine une semaine après la promulgation de la loi) par le Ministère de l'Intérieur à l'USMF.
232 Ibid., p. 21.

"*Une Commission serait nommée dont les délégués de l'UNION des Syndicats Médicaux seraient partie intégrante ;*

[…]

Le rôle de la Commission consistera à se mettre d'accord sur le texte d'une convention qui deviendrait le texte même présenté au Conseil d'Etat, comme règlement d'administration publique.

La Commission devra, en outre, envisager l'application du tarif et notamment, l'organisation du contrôle, tant dans l'intérêt de l'Etat que des médecins praticiens."[233]

Encore une fois, le tarif apparaît au premier plan. Le Ministre acceptera quelques temps plus tard, et non sans certaines hésitations, l'intégralité des conditions du corps médical[234], l'Etat ayant absolument besoin du concours rapide des médecins et ne pouvant donc pas prendre le risque de voir les débats s'éterniser. La situation des victimes de guerre - dont l'Etat porte la responsabilité - impose d'agir vite et efficacement.

1.4.4 Les principaux points de discussion entre l'Etat et l'Union

Concentrons nous à présent sur les principaux points sources de "conflits" entre l'Etat et l'Union, à savoir les tarifs, le libre choix et le contrôle de l'application de la loi.

2.4.4.1 Les tarifs

La question des tarifs est un point délicat, tant du point de vue la détermination pratique des ces derniers - la valeur du service médical rendu par le médecin étant particulièrement difficile à déterminer -, que du point de vue moral. En effet, il semble que l'Union tienne des propos ambigus en ce qui concerne l'importance à accorder à cette question : d'une part la question des tarifs revient tout au long du *Médecin Syndicaliste* et est l'objet de très nombreuses discussions, d'autre part, le Dr Lafontaine, secrétaire général de l'USMF, tient des propos contraires : "*Le tarif n'est pas la partie essentielle. Et cela est tellement vrai que la question "chiffres" n'a pas encore été sérieusement abordée par l'Etat et par nous.*"[235] Mais au moment où le Dr Lafontaine s'exprime, la question à déjà été abordée à bien des reprises, comme en témoigne les pages précédentes du *Médecin Syndicaliste*, certes peut-être pas avec l'Etat, mais du moins au sein de l'Union. Pourquoi ce malaise ? Les raisons semblent multiples. Les lois sur les

233 Ibid., p. 47.
234 Ibid., p. 104.
235 Ibid., p. 195.

accidents du travail et surtout sur l'AMG ne provoquaient pas de réel "manque à gagner" pour les médecins, puisqu'elles concernaient une population très majoritairement non solvable. Il en est tout autrement de la loi des pensions, puisqu'elle concerne, entre autre, des patients solvables et même les médecins eux-mêmes. En ce sens, la question des tarifs est cruciale et ce d'autant plus que le marché est conséquent. Il en résulte un paradoxe entre la déontologie médicale supposant de ne pas faire usage de la médecine dans un but d'enrichissement personnel, et la possibilité d'améliorer une situation financière rendue difficile par la guerre et partiellement source d'une reconnaissance sociale qui forme une des bases du pouvoir médical. On remarquera tout particulièrement les propos tenus lors de l'assemblée générale de juillet 1919 et qui auraient tout aussi bien pu sortir de la bouche d'un chef d'entreprise : "*Il importe donc que nous fassions de plus près la critique de nos méthodes, de notre production de soins, pour en améliorer les résultats et en augmenter les rendements.*"[236] Toutefois, à cette époque, ce sont les syndicats qui sont garants de cette déontologie, ce qui n'est pas sans provoquer certaines difficultés morales. Précisons encore qu'il faut relativiser la notion de "manque à gagner" pour les médecins, dans la mesure où il n'existe - à peu de choses près - que comparativement à l'avant-guerre : il s'agit bien d'un "marché" nouveau et non pas de la perte d'une partie d'un marché préexistant. Par ailleurs, les médecins - et leurs familles - étant des bénéficiaires potentiels de la loi, leur position est particulièrement délicate.

Notons encore - et c'est un point particulièrement important - que la loi des pensions instaure un système de tiers payant, en donnant droit à la gratuité des soins, comme cela avait été le cas pour l'AMG. Mais en réalité, les deux systèmes sont relativement différents. L'AMG s'adresse à une population non solvable pouvant difficilement avancer les frais de santé, faisant du tiers payant une nécessité technique, sans quoi le système n'aurait eu que très peu d'efficacité. Il en va tout autrement des blessés de guerre, qui constituent une population globalement solvable - bien qu'affaiblit financièrement par les conséquences de la guerre - et pour laquelle la nécessité du tiers payant fait d'avantage appel à des arguments moraux, les blessés et malades de guerre ayant été mobilisés de façon obligatoire durant la guerre. D'une façon relativement paradoxale, le corps médical se focalise bien d'avantage sur le rejet du forfait (que la loi n'instaure d'ailleurs pas) que sur celui du tiers payant, le premier touchant tout le champ de la protection sociale, alors que le second se limitait jusque là à l'AMG.

1.4.4.2 Le libre choix

Qu'en est-il à présent du "libre choix" ? Il est absolument essentiel de remarquer qu'il est garanti par la loi des pensions, en vertu de l'article 64 (cf. ci-

236 Ibid., p. 112.

dessus), alinéa 4. Rappelons que la seule autre loi garantissant ce principe est celle sur les accidents du travail. Le corps médical ne semble avoir eu que peu de difficultés à faire inscrire ce principe dans la loi, le Ministère devant obtenir une collaboration rapide. Notons toutefois que ce libre choix ne s'applique pas aux médecins devant instruire la demande de pension, ces derniers faisant l'objet d'une liste limitative[237].

Par ailleurs, certains aspects du libre choix sont inédits dans le cadre de cette loi, non pas dans les déterminants qui sous-tendent ce principe, mais plutôt dans la dimension qu'il prend au travers de son application dans le cadre de la loi. En effet, le libre choix apparaît d'autant plus important à défendre que la portée de la loi est importante : elle s'applique à une population étendue et solvable. Dans ces conditions, le corps médical ne peut risquer de voir ce marché accaparé par une partie seulement des médecins au détriment des autres. Pire, les syndicats étant souvent vu d'un mauvais oeil par le pouvoir dirigeant, le risque est de voir ce "marché" tomber entre les mains de médecins non syndiqués, auquel cas l'Union n'aurait plus aucune emprise sur cette question. Le patient doit donc avoir le choix du médecin afin que l'ensemble du corps médical puisse bénéficier de façon équitable de cette nouvelle clientèle. Comme on pouvait s'y attendre, l'Union nous offre une autre explication - qui n'est d'ailleurs peut-être pas totalement erronée et loin d'être spécifique à la loi des pensions -, à savoir le souci de la qualité de prise en charge du patient[238]. Pour autant, les syndicalistes ne développent quasiment pas le lien existant entre libre choix et qualité de la prise en charge.

Il faut encore rappeler rapidement le lien qui unit "libre choix" et "tarif à la visite". L'Union considère le second comme un corollaire du premier. Et, encore une fois, ce corollaire se conçoit principalement d'un point de vue économique. Comme nous l'avons déjà vu, un forfait empêcherait *a priori* le "libre choix" puisqu'il parait difficile d'affecter une rémunération forfaitaire à un médecin qui ne serait pas le même tout au long de la prise en charge. En ce sens, en défendant le "libre choix", les syndicats défendent le "tarif à la visite", comme le souligne un syndicaliste : "*ce Libre Choix ne semble pas pouvoir ne pas comporter comme corollaire le Tarif à la visite*"[239].

1.4.4.3. Le contrôle de l'application de la loi

Nous en venons finalement à la question du contrôle de l'application de la loi. Ce contrôle porte sur plusieurs points principaux du point de vue des syndicats

237 Cretin, *Loi du 31 mars 1919 sur les pensions pour blessures ou maladies contractées au service - étude comparée de l'ancienne et de la nouvelle législation*, Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1919, p. 158.
238 USMF, *Le médecin syndicaliste*, n°2, 1919, p. 74.
239 Ibid., p. 225.

médicaux : la qualité de la prise en charge par les médecins, le respect du libre choix - donc du tarif à la visite - et enfin le respect des conditions qui permettent à un patient de bénéficier de cette loi. Par ailleurs, ce contrôle peut être effectué par deux entités : le corps médical lui-même ou l'Etat.

D'une manière générale, le contrôle par l'Etat fait courir un risque de fonctionnarisation : "*l'Etat entend bien prendre toute la charge des soins à donner aux Réformés. Comment peut-il faire ? En produisant lui-même la médecine ? Il peut y songer.*"[240] En effet, la meilleure façon pour l'Etat de s'assurer que les soins sont conformes à la loi est de produire les soins, autrement dit d'employer des médecins pour le faire et ainsi de "fonctionnariser" une partie du corps médical. C'est ce que l'Union craint de toute évidence. Cette crainte se fonde également sur le fait qu'en fonctionnarisant une partie du corps médical dans le cadre de cette loi, l'Etat supprime partiellement le libre choix pourtant garanti par la loi : le choix ne serait alors pas total, mais se ferait au sein d'un nombre restreint de médecins fonctionnaires.

En se plaçant à présent du point de vue de l'Etat, laisser le contrôle entre les seules mains de l'Union revient à perdre tout droit de regard sur un système qu'il finance pourtant intégralement et qui s'avère particulièrement onéreux. C'est pourtant ce vers quoi souhaitent tendre les syndicats.

Les tarifs, encore une fois, font l'objet de toutes les attentions, et c'est un point essentiel sur lequel devra porter le contrôle. L'Union souligne notamment que, plus les tarifs seront faibles, plus le risque d'abus de la part des médecins sera grand, et évoque "*des prix bas qui, par suite de leur modalité, permettaient les abus et rendaient le contrôle à peu près inutile*"[241], à l'inverse de tarifs plus élevés : "*Il va de soi que, comme première étape, nous avons, par ce tarif [celui fixé par les syndicats, NDLR], créé le milieu professionnel désirable, c'est à dire, par cela même, une atmosphère défavorable aux abus.*"[242] On peut aisément imaginer comment des tarifs bas pourraient engendrer certains abus : notamment, la multiplication abusive des consultations (en supposant un tarif à la visite), pour n'en citer qu'un. Ainsi l'USMF souhaite la création d'une "Commission du tarif"[243] chargée de surveiller l'application des tarifs décidés en concertation avec les syndicats, comme prévu par la loi.

Il faut, par ailleurs, contrôler l'établissement de la liste des bénéficiaires. Sur ce point l'Union propose également de créer une "Commission de contrôle" chargée de "*décider si la maladie est imputable ou non à la maladie cause de la réforme. Il en sera de même pour le paiement des ordonnances aux pharmaciens fournisseurs.*"[244]

240 Ibid., p. 199.
241 Ibid., p. 233.
242 Ibid., p. 204.
243 Ibid., p. 207.
244 Ibid., p. 209. Rappelons que dans ce cadre il ne semble pas exister de libre choix.

Dans ces Commissions, les médecins entendent évidemment être représentés car, selon eux, la médecine est une discipline technique qui ne peut être contrôlée que par les techniciens eux-mêmes : "*Nous avons dit : contrôle par les techniciens, mais il faut ajouter : par des techniciens responsables ; ils doivent l'être devant la collectivité technique, en l'espèce, le syndicat.*"[245] Nous en revenons donc à la question cruciale de l'auto-contrôle du corps médical, élément déterminant de la professionnalisation et de l'identité libérale du corps médical français. Bien sûr, l'Union prévoit une représentation de l'Etat et de la mutualité sans quoi les propositions syndicales n'auraient aucune chance d'aboutir. Nous passerons les détails techniques concernant l'organisation de ces commissions (nombre et nature des membres, subdivisions, compétences, etc.), eux aussi longuement discutés par l'Union.

Il ressort des débats au sujet du contrôle dans le cadre de la loi des pensions une certaine dualité entre souhait de protection de l'Etat et crainte d'une emprise de celui-ci sur le corps médical. Le déterminant central de cette problématique serait, selon Patrick Hassenteufel, la volonté des médecins d'obtenir et de conserver le monopole des soins, source de pouvoir :

> "*La garantie de ce monopole supposait une intervention de l'Etat. [...] Mais, si l'intervention de l'Etat est demandée par les médecins, elle suscite aussi la crainte d'un contrôle de leur pratique. C'est pour cela que la revendication du monopole sur les soins s'est historiquement accompagnée de celle de l'autonomie dans les conditions d'exercice des soins : c'est aux médecins eux-mêmes d'en fixer les règles et d'en contrôler le respect.*"[246]

1.5. Les assurances sociales en Alsace-Lorraine

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, le système d'assurances sociales en vigueur en Alsace-Lorraine correspond à celui mis en place en Allemagne à partir de 1880. Après le retour de ces provinces à la France, le gouvernement décide de maintenir intégralement les avantages sociaux assurés aux ouvriers et aux employés dans ces régions.

1.5.1. Le fonctionnement des assurances

Nous avions déjà précisé précédemment les modalités de fonctionnement de ce système à la vieille de la guerre. Nous nous limiterons donc ici à étudier les

245 Ibid., p. 207.
246 Hassenteufel, Patrick, 1997, *op. cit.*, pp. 12 - 13.

modifications ayant eu lieu depuis 1914 et à rappeler les points les plus importants[247].

Le cercle des assurés s'étend à toutes les personnes rémunérées (ouvriers, employés) ainsi qu'aux apprentis non payés. Le plafond d'affiliation pour le régime obligatoire est fixé à 5000 francs par an et à 6500 francs par an pour le régime facultatif. En Alsace, sur une population de 1 500 000 personnes, cela représente, selon l'USMF, 300 000 assurés directs (20 % de la population) et 500 000 avec les ayants droits (soit 33% de la population). Nous remarquons que cela est inférieur aux chiffres moyens en Allemagne en 1914, qui étaient respectivement de 30 % et 50 %. Notons enfin qu'en cas de chômage, l'assuré ne bénéficie de l'assurance-maladie que pendant une durée courte[248], ce qui constitue une limite non négligeable du système.

Les prestations sont globalement superposables à celles de 1914. Rappelons que les risques couverts sont les accidents, la maladie et l'invalidité (comprenant l'assurance-pensions et les retraites). En cas de maladie, les assurés ont droit aux soins médicaux et aux médicaments et touchent une indemnité journalière correspondant à 50% de leur salaire en cas d'incapacité de travail. La possibilité de soins à domicile est prévue mais réduit l'indemnité journalière de 25%[249]. Cette indemnité est payée au maximum pendant 1 an et 13 semaines[250]. Il existe également une indemnité pour les femmes en couche (même en dehors de toute maladie)[251]. La famille de l'assuré (enfants en dessous de 15 ans et conjoint), aux besoins de laquelle ce dernier subvient, bénéficient également des soins gratuits pour une durée maximum de 13 semaines. A noter que toutes les caisses n'assurent pas de prestations pour la famille et que celles-ci cessent en cas de chômage de l'assuré[252].

Nous en venons à l'organisation. A partir de janvier 1914, l'assurance-maladie, l'assurance-accidents et l'assurance invalidité sont regroupées en une seule loi, le "Code d'assurances sociales". La gestion est assurée par des caisses dirigées par des représentants des assurés. Il existe au moins une "caisse locale générale" par arrondissement. Il existe par ailleurs des "caisses d'entreprises" constituées par les établissements employant plus de 250 salariés bénéficiaires du système d'assurance et des "caisses de corporations" que tout syndicat professionnel peut créer pour les entreprises de ses membres. Leur fonctionnement est contrôlé par "l'office des assurances" présent dans chaque arrondissement, lui-

247 Ce paragraphe se base essentiellement sur *Le médecin syndicaliste*, 1920, p. 135 - 143, et sur Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 48 - 62. Pour plus de détails sur le fonctionnement des assurances sociales en Alsace Moselle, le lecteur pourra encore se reporter à l'ouvrage suivant : Cholet, Marcel ; Hamon, George, *Le problème des assurances sociales en Alsace-Lorraine, maladie - accidents du travail - invalidité - vieillesse*, Paris : Giard et Brière, 1919, 111 p.
248 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 487.
249 Ibid., p. 491.
250 Ibid., p. 488.
251 Ibid., p. 489.
252 Ibid., pp. 489-490.

même contrôlé par “l’office supérieure des assurances” dans chaque département. Enfin, les offices supérieures sont contrôlées par “l’office générale des assurances sociales” constituant l’autorité centrale pour l’Alsace et la Lorraine. En cas d’infraction au règlement des caisses, ces dernières traitent l’affaire de façon autonome sans faire intervenir le tribunal[253].

Le financement est assuré à hauteur d’un tiers par les employeurs et de deux tiers par les assurés, comme avant la guerre. Le taux de cotisation peut aller jusqu’à 6 %, avec une moyenne de 4,5 %.

Il paraît enfin intéressent de donner un exemple concret, issu du *Médecin syndicaliste*, de la façon dont l’assurance-maladie fonctionne dans l’exercice quotidien du médecin :

> “*Il [le patient, NDLR] se présente à la Caisse centrale où on délivre un bulletin de traitement ; avec ce bulletin, il va trouver le médecin qu’il a choisi ; celui-ci l’examine, formule un traitement ; ou bien le malade est soigné à domicile, c’est le cas exceptionnel, ou bien il peut se rendre au cabinet du médecin à la date et à l’heure que celui-ci a données. En même temps, le médecin a avisé la Caisse d’assurance et de 8 jours en 8 jours, il remplit une feuille dont nous avons donné le modèle, et qui permet ensuite à l’assuré de toucher son indemnité. Quand la guérison est survenue, le médecin le note et le malade reprend son travail.*”[254]

1.5.2. La perception par le corps médical alsacien et lorrain

Après avoir rappelé les grandes lignes de fonctionnement de ce système, penchons-nous à présent sur la façon dont celui-ci est perçu par les syndicats médicaux, au travers de l’exposé qu’en fait le Dr Muller, secrétaire de la Fédération des Syndicats médicaux d’Alsace, en 1920.

Il s’agit, selon lui, d’un “*bouleversement énorme dans l’exercice de la profession médicale*”[255]. Et pour cause, “*le nombre des personnes soustraites à la clientèle privée des médecins se monte à plus de 500 000, c’est à dire un bon tiers de la population. Dans les villes, cette proportion atteint les trois cinquièmes ou les deux tiers*”[256]. Encore une fois, c’est la préservation du mode d’exercice libéral, sous-tendu par la “clientèle privée”, qui constitue la première des revendications de l’Union.

253 Ibid., p. 491.
254 Ibid., p. 504. Par souci de clarté, nous ne donnons ici que l’exemple de la situation la plus fréquente et la plus simple.
255 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1920, p. 139.
256 Ibid., p. 139.

1.5.2.1. Le paiement au forfait et le revenu des médecins

En premier lieu, c'est la question du mode de rémunération qui est abordée :

"*Au début, les Caisses engagèrent un ou plusieurs médecins à traitement fixe. Ces traitements étaient, en général, dérisoires ; les médecins étaient rabaissés au rang de salariés livrés à la merci des potentats de la Caisse et subirent un asservissement humiliant. Les Caisses et surtout les chefs d'industrie exercèrent sur eux un pouvoir discrétionnaire et despotique, les menaçant de renvoi ou les remplaçant sans raisons d'ordre médical.*"[257]

C'est le pouvoir, l'autonomie et la position sociale des médecins qui est mise à mal, avant même la question des revenus. En effet, par des mots très forts - "rabaissés", "humiliant" - il apparaît que, pour les syndicats, c'est avant tout la considération du médecin qui est remise en cause. La rémunération forfaitaire est ainsi essentiellement critiquée dans la mesure où elle s'apparente au salariat qui s'oppose à l'identité libérale de la profession.

S'en suit, bien sûr, la question du revenu : "*Un grand nombre de médecins fut exclu de la clientèle des Caisses : la clientèle privée étant souvent insuffisante à les nourrir, il se forma, principalement dans les villes, un prolétariat médical.*"[258] De cette citation de l'USMF ressort deux éléments : l'insuffisance de rémunération des médecins à proprement parler, mais aussi leur situation sociale qui tend parfois à se rapprocher de celle de la classe ouvrière. Cela renvoie toujours à la question du pouvoir, impliquant une position sociale élevée et une certaine considération. Il convient de rappeler ici combien le corps médical semble s'opposer au "prolétariat", notamment en ce qui concerne l'action syndicale (réticence, par exemple, à utiliser la grève comme moyen de pression). Selon l'Union, il y aurait encore une autre conséquence à cette trop faible rémunération : "*La lutte pour l'existence força plus d'un de ces médecins à des manoeuvres malhonnêtes. La nécessité, pour obtenir une place mal rétribuée auprès des Caisses, de courtiser les patrons ou les membres du comité directeur eut pour effet l'amoindrissement de la dignité professionnelle.*"[259] Cela nous ramène à la notion que des tarifs ou une rémunération trop faibles favoriseraient les abus de toutes natures, et notamment de la part des médecins. Cela affaiblirait par ailleurs la légitimité d'un auto-contrôle des assurances sociales par le corps médical, celui-ci devant dans ce cas être moralement irréprochable. Par ailleurs, la question de la rémunération est partiellement liée à celle de la concurrence au sein du corps médical, que les syndicats essayent de réduire au maximum, afin de mettre les médecins sur un pied d'égalité et d'éviter certains comportements pouvant porter atteinte à la déontologie médicale.

Et le Dr Muller de conclure : "*Le favoritisme, l'humiliation du corps médical, le déshonneur, la misère, telles furent les conséquences funestes de l'assurance*

257 Ibid., p. 139.
258 Ibid., p. 139.
259 Ibid., p. 139.

sociale, contre lesquelles aucun article de la loi ne sut protéger les médecins."[260] Tout semble encore nous ramener à l'enjeu du pouvoir de la profession médicale. De l'aveu même du Dr Muller, le syndicalisme, trop peu organisé en Allemagne avant guerre, n'a obtenu que peu de résultats dans ce domaine. Seule une rémunération à la visite a pu être obtenue dans quelques rares endroits, la majorité des médecins des caisses restant rémunérés au forfait. C'est quelque peu résigné qu'il précise :

> "*En principe, la Fédération réclame le payement des honoraires à la visite. Comme garantie contre les abus, elle offre aux Caisses le contrôle sévère du travail médical par des médecins. Cependant, dans la plupart des cas, elle a dû accepter le paiement à forfait. Ce n'est pas l'idéal ; mais il faut convenir qu'il n'y a pas de raison de rejeter d'une manière définitive un forfait, pourvu qu'il soit suffisant.*"[261]

Le rejet absolu du forfait ne semble donc pas faire l'unanimité au sein de l'Union, les médecins alsaciens, moins organisés au niveau syndical que dans le reste de la France, ayant été contraints à certains compromis.

Il faut toutefois relativiser la position du Dr Muller. Selon Peter A. Köhler et Hans F. Zacher, deux sociologues allemands auteurs d'un ouvrage sur l'histoire de la Sécurité Sociale en Europe, les inconvénients dont se plaignent les médecins pourraient trouver leur cause dans un encombrement de la profession médicale :

> "*En pratique, les caisses avaient essentiellement appliqué l'idée prescrite des prestations en nature en recourant, par contrat, aux services de médecins de circonscription et s'étaient ainsi assurées un libre choix limité de médecins. De cette sorte, seule une partie des médecins étaient admis à donner leurs soins aux membres des caisses. Un contemporain décrivait ainsi le conflit qui résultat de cet état des choses : "Du côté des médecins, on a carrément prétendu que la législation en matière sociale a abouti à la ruine de la profession médicale… Il en a résulté, parmi les médecins, des enchères à la baisse dont on su profiter les caisses."* "[262]

Selon les auteurs, cette constatation serait réelle, au moins entre 1876 et 1900 (avec une augmentation de densité de 50%), sans donner toutefois de statistiques plus récentes, notamment ce qui concerne l'après-guerre.

260 Ibid., pp. 139 - 140.
261 Ibid., p. 140.
262 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 59.

1.5.2.2. Les systèmes de contrôle

Le Dr Muller aborde ensuite plus en détail la question du contrôle, contrôle des caisses par le corps médical mais également contrôle des médecins par les caisses.

1.5.2.2.1. Les modalités de coopération entre médecins et caisses au travers du contrat collectif

Il aborde en premier lieu le “contrat collectif qui régit les modalités de coopération entre le médecin et la caisse :

“*Conformément aux stipulations de ce contrat, tout médecin syndiqué est admis au traitement des malades de la Caisse, à l’exclusion des non syndiqués. Il traite les malades à sa consultation et fait, si le cas l’exige, des visites à domicile.*

Le malade se présente chez le médecin, muni d’un bulletin de traitement délivré par la Caisse et portant le nom du malade et celui du médecin ; ce bulletin donne droit aux soins médicaux gratuits pendant un trimestre. Le médecin y inscrit chaque acte médical qui est porté en compte conformément au tarif établi récemment par la Fédération des Syndicats médicaux d’Alsace.

Les médecins spécialistes prennent part au traitement des malades de caisses au même titre que les autres médecins. Leurs soins sont rémunérés d’après un tarif spécial établi par la Fédération. L’association libre des médecins spécialistes de Strasbourg comprend cinq groupes : les oculistes, les otorhinolaryngologistes, les dermatologistes et urologistes, les gynéocologistes et accoucheurs, les neurologistes et psychiatres. Seuls, les médecins, faisant partie de cette association, sont payés d’après le tarif spécial.

Les malades qui ne peuvent être traités à domicile sont hospitalisés aux frais de la Caisse. Celle-ci paye à l'hôpital ou a tout autre établissement hospitalier un forfait quotidien, dans lequel sont compris les honoraires pour soins médicaux, donnés par les médecins ou chirurgiens des hôpitaux. Seules, les opérations d’urgence peuvent être exécutées au domicile du malade et sont rémunérées d’après le tarif de la Fédération. Ce tarif ne comprend que les interventions de petite chirurgie et les opérations d’urgence pouvant être exécutées à domicile. Les interventions qui ne sont pas tarifées ne sont pas payées en sus du prix de la visite et de la consultation.

Les hôpitaux ou établissements hospitaliers distinguent trois classes de malades. Les Caisses payent le tarif de la troisième classe (salle commune) ; dans cette classe, le médecin ou le chirurgien ne peuvent

toucher d'honoraires spéciaux pour le traitement des malades de caisse. Si un assuré se fait admettre en première ou deuxième classe dans un établissement hospitalier dont le règlement stipule que les soins médicaux ne sont pas gratuits dans ces classes, il devra payer au médecin traitant des honoraires d'après le tarif usuel, à la condition qu'avant son entrée à l'établissement il ait eu connaissance de cette disposition et signé une déclaration dans ce sens.

Les honoraires des opérations ou autres traitements réservés aux hôpitaux ne sont donc jamais payés par les Caisses, les finances de celles-ci étant trop faibles pour supporter des dépenses aussi considérables.

Les examens bactériologiques nécessités par le diagnostic des maladies contagieuses sont effectués par l'institut bactériologique de Strasbourg et rémunérés par les Caisses d'après un accord spécial.

Le traitement des affections dentaires des assurés est confié à des médecins-dentistes ou chirurgiens-dentistes ayant passé un accord avec les Caisses. La Caisse locale générale a créé une clinique dentaire qu'elle a installée dans ses locaux et qui est dirigée par un médecin pratiquant comme spécialiste la chirurgie dentaire.

Les malades atteints de tuberculose ou de syphilis sont dirigés, s'il y a lieu, sur les dispensaires antituberculeux ou antivénériens. Lorsqu'il s'agit d'une tuberculose peu avancée, offrant des chances de guérison, le médecin de caisse demande à l'institution d'assurances sociales d'accorder au malade un séjour dans un sanatorium, d'une durée variant entre 13 et 26 semaines."[263]

Cette longue citation, qui nous renseigne avec beaucoup de précisions sur le fonctionnement des caisses et les modalité de coopération avec les médecins, mérite quelques commentaires.

Tout d'abord, il est à noter que les "contrats collectifs" ne concernent que les médecins syndiqués ; eux seuls peuvent soigner la clientèle des caisses. Cela montre la volonté des syndicats de devenir l'élément incontournable du système de protection sociale, excluant dans la mesure du possible les médecins non syndiqués. Il en ressort un paradoxe apparent dans le sens où le syndicalisme médical tente de s'approprier l'organisation d'un système auquel il s'oppose majoritairement. Bien sûr, il souhaite de cette façon préserver les intérêts des médecins dans le cadre d'une évolution des assurances sociales qui parait inéluctable, notamment en exerçant une pression sur les caisses par des contrats. Mais on ne peut s'empêcher de se demander s'il n'y trouve pas également un

263 USMF, *Le médecin syndicaliste*, pp. 140 - 141. Il existe des retranscriptions détaillées d'exemples de contrats collectifs en Alsace-Moselle publiés dans les archives de l'USMF. Ils sont relativement longs et abordes beaucoup de points de détails. Par conséquent nous ne les avons pas retranscrits ici, mais les propos du Dr Muller en constituent un bon résumé et abordent de manière fidèle les points importants.

certain nombre d'intérêts directs, bien que non avoués, passant par la "solvabilisation" d'une partie de la population.

Il faut ajouter qu'en Alsace les tarifs de l'assurance maladie-invalidité ont été négociés avec la fédération syndicale et ont été établis récemment par cette dernière, parallèlement à la tarification à l'acte. Comme nous l'avions déjà évoqué, c'est une des seules avancées syndicales pour les médecins alsaciens, très certainement rendue possible grâce au renforcement du pouvoir de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace après son adhésion à l'USMF au lendemain de la guerre. Par ailleurs, il existe un système de tiers payant avec rémunération des médecins par les caisses.

Enfin, bien que restant marginaux, il semble exister en milieu hospitalier, et uniquement avec accord du patient, ce qui s'apparente à des "dépassements d'honoraires" pour les malades de troisième classe (ceux bénéficiant donc de l'assurance maladie-invalidité) s'ils sont admis en deuxième ou première classe. Cela provient essentiellement du fait que l'assurance maladie ne prend pas en charge les actes spécifiques aux hôpitaux, car trop onéreux. Cela fait pressentir l'évolution future du système, dans lequel - selon certains syndicats - une rémunération trop basse des médecins aurait provoqué des "dépassements d'honoraires" (non remboursés) induisant des inégalités d'accès aux soins et de prise en charge entre les patients, et réduisant d'autant les bénéfices de ce système.

1.5.2.2.2. Le contrôle des médecins par les caisses

S'en suit la question du contrôle du médecin et de sa rémunération :

"*Les Caisses sont autorisées, dans le but d'empêcher de trop grands abus, à faire contrôler leurs assurés touchant des secours par des médecins engagés à cet effet. La Caisse locale générale de Strasbourg-Ville, qui compte environ 45.000 membres, a confié la direction du contrôle médical des malades à un médecin-chef qui a sous ses ordres six médecins contrôleurs n'exerçant pas les fonctions de médecins de la Caisse, c'est-à-dire ne participant pas au traitement des malades.*

Le médecin-chef du contrôle vérifie chaque jour les déclarations de maladie adressées à la Caisse par les médecins traitants et juge de l'importance du cas en se basant sur les indications du médecin et le rapport des contrôleurs des malades. Si les indications de la déclaration du médecin traitant ne lui semblent pas suffisantes pour justifier l'incapacité de travail, le médecin-chef fait examiner le malade par l'une des commissions médicales, composées chacune de deux médecins contrôleurs. Le médecin traitant est tenu de se conformer aux décisions de cette commission. Celle-ci est autorisée à déclarer le malade apte au travail, à le faire mettre en observation dans un hôpital, à ordonner son examen par un médecin spécialiste, à lui

faire continuer les secours de maladie et à lui faire subir ultérieurement un nouvel examen. Par ce système de contrôle il a été possible d'épargner en 1919 une somme de plus de 120 000 francs nets.

Le contrôle des ordonnances pharmaceutiques est également très important et indispensable à l'effet d'empêcher les abus. Le médecin de confiance de la Caisse locale générale est chargé de la révision des ordonnances. Il fait parvenir aux médecins ses observations au sujet de l'inopportunité de certaines prescriptions trop dispendieuses ; lorsqu'un médecin ne se conforme pas aux observations réitérées du médecin de confiance à ce sujet, il peut être rendu responsable du surcroît de dépenses occasionnées de ce fait à la Caisse.

Le paiement des honoraires médicaux par les Caisses est réglé de la manière suivante. Dans chaque contrat il est stipulé que les honoraires seront remis par la Caisse à un bureau désigné par le Syndicat. Les médecins de leur côté, envoient leurs notes d'honoraires chaque trimestre au même bureau, où des confrères chargés du contrôle vérifient les chiffres portés en compte et jugent d'après la désignation de la maladie et d'autres indications, de l'opportunité des visites, consultations et interventions spéciales devant être rémunérées. S'il apparaît qu'un médecin a exagéré le nombre des actes médicaux, une commission nommée à cet effet décide qu'il en sera rayé une partie. De cette manière, on réussit le plus souvent à maintenir un taux approprié et acceptable. Tout médecin est engagé à reconnaître les décisions de la commission de contrôle des comptes ; car une organisation de ce genre ne saurait fonctionner sans une discipline sérieuse. Le paiement des honoraires aux médecins se fait par les soins du bureau.

Lorsque le chiffre des honoraires alloués par la Commission de contrôle excède la somme payée par une Caisse, le taux des honoraires est réduit proportionnellement. Cela arrive surtout en temps d'épidémie, où le nombre des actes médicaux augmente considérablement tandis que les honoraires à payer par la Caisse n'augmentent pas. Il n'a pas encore été possible jusqu'ici de faire disparaître cette anomalie."[264]

Le Dr Muller n'aborde ici que le contrôle des médecins mais il existe également un contrôle des patients, par des employés (non médicaux) des caisses, qui se rendent au domicile du patient (en fonction des heures de sorties précisées par le médecin sur la feuille médicale), afin de vérifier la réalité de la maladie[265].

La première constatation est que l'ensemble du système de contrôle passe non seulement par la profession médicale mais par le syndicalisme médical, suivant la volonté du corps médical de garantir son auto-contrôle et donc son indépendance vis-à-vis des Caisses. La seconde est qu'il s'agit d'un système de contrôle lourd et

264 Ibid., pp. 141 - 142.
265 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 507.

complexe, donc vraisemblablement coûteux, dont on peut douter qu'il soit en l'état applicable à l'échelle nationale.

En ce qui concerne l'auto-contrôle, celui-ci est assuré par des "médecins contrôleurs des Caisses" salariés de ces dernières et s'apparentant donc à des fonctionnaires. Cela va évidemment à l'encontre de l'objectif poursuivit par les syndicats, à savoir empêcher toute forme de fonctionnarisation, et souligne le fait qu'il ne peut exister qu'une indépendance très partielle entre les médecins et les Caisses. En effet, le contrôle ne peut être que de deux types : administratif ou médical ("technique"). Dans le premier cas, les intérêts et l'indépendance du corps médical ont des chances de ne pas être respectés ; les syndicats s'y opposent donc catégoriquement. Dans le second cas, c'est l'intérêt des caisses qui est en danger, car le contrôle leur échappe sur un système qu'elles financent. C'est donc un système intermédiaire qui semble avoir été retenu et dans lequel l'administration exerce un contrôle au travers du corps médical.

Mais cela peut entraîner des tensions entre médecins des Caisses et médecins contrôleurs, qui se retrouvent dans une situation d'inégalité. En effet, ce système revient à demander à certains médecins de remettre en cause l'intégrité et l'honnêteté de leurs confrères en émettant un jugement sur leur exercice médical (rôle qui sera ultérieurement dévolu à l'Ordre). Il en résulte un diminution de la liberté d'action, et donc du pouvoir individuel, de bon nombre de médecins.

Le Dr Muller justifie la nécessité de ce contrôle par la préservation de la tarification à l'acte et du libre choix :

> "*Le libre choix crée dans la clientèle des caisses les mêmes conditions que dans la clientèle privée. L'ancien système*[266] *[forfaitaire, NDLR] avait eu pour effet d'abaisser la qualité de l'acte médical parce que les malades durent être traités en courant, le temps faisant défaut. Le libre choix et le paiement à la visite ont d'autres inconvénients. Certains médecins sont tentés d'exagérer le nombre des actes médicaux et donnent lieu de cette manière à des conséquences fâcheuses de deux catégories. Lorsque les honoraires sont payés à forfait, le grand nombre des actes médicaux déprécie la valeur de chacun pris isolément, d'autre part, lorsque le tarif à la visite est en vigueur, les dépenses des Caisses risquent d'être exagérées et par suite le libre choix est desservi auprès d'elles. Il n'est pas possible de parer à ces deux inconvénients que par un contrôle très sévère.*"[267]

La préservation du libre choix semble donc être l'objectif central poursuivit par les syndicats médicaux alsaciens, celui-ci rendant quasi-impossible la tarification au forfait et empêchant une concurrence déloyale entre les médecins.

En ce qui concerne le paiement des honoraires, il se fait via les syndicats et sous leur contrôle. Il y a sans doute trois principales raisons à cela. La première, très générale, est que cela renforce le pouvoir du syndicalisme. La seconde est que le

266 Il s'agit du système allemand, avant que les syndicats n'aient fait pression pour le modifier.
267 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1920, pp. 142 - 143.

corps médical refuse le paiement direct par les caisses car cela s'apparenterait à une forme de fonctionnarisation. Enfin, la troisième est que ce système rend les syndicats incontournables pour les médecins, qui se voient donc obligés d'y adhérer pour prendre part au système d'assurance maladie.

1.5.2.3. Avantages et inconvénients du système alsacien étendu à une échelle nationale

Le Dr Muller conclut en donnant un aperçu de ce que seraient les conséquences pour les médecins d'un tel système étendu à l'échelle nationale :

> "*L'assurance-maladie, une fois introduite à l'intérieur de la France, demandera aux médecins des sacrifices que ceux-ci devront faire à l'intérêt général. Le médecin devra sacrifier une grande partie de sa clientèle privée et se contenter très souvent d'honoraires moins élevés. Il semble donc, au premier abord, qu'il subira un dommage matériel considérable ; en outre, il perdra une grande part de sa liberté d'action. Cependant, il apparaîtra bientôt que le dommage matériel ne sera pas aussi grand qu'on l'aurait cru. En Alsace et en Lorraine, les Caisses payent actuellement des honoraires tels qu'ils ne seront pas notablement dépassés par ceux de la clientèle ordinaire, surtout dans les campagnes. Il appartiendra aux syndicats d'en fixer le taux de manière à ce qu'ils atteignent les prix de la clientèle moyenne.*
>
> *Je résume les avantages et les inconvénients de l'assurance-maladie pour les médecins.*
>
> *I. Inconvénients*
>
> *1) Diminution de la clientèle privée*
>
> *2) Abaissement des honoraires*
>
> *3) Sans le libre-choix : asservissement du médecin, humiliation du corps médical, misère.*
>
> *4) Avec le libre choix : restriction de la liberté individuelle, discipline sévère du syndicat, comptabilité minutieuse et absorbante.*
>
> *II. Avantage unique : sécurité du paiement des honoraires.*"[268]

Cette conclusion souligne encore une fois que la défense des revenus n'est pas le principal moteur de l'action syndicale. En effet, le manque à gagner dans le cadre de l'assurance-maladie par rapport à la clientèle privée semble mineur. Les termes très forts employés par le Dr Muller montrent, nous l'avons déjà dit, que c'est sans doute avant tout le statut social et le pouvoir des médecins qui est en jeu. Le seul avantage aux yeux du Dr Muller reste finalement la sécurité du paiement des honoraires, avantage non négligeable surtout aux yeux des jeunes médecins dont la "clientèle" reste à conquérir.

---

268 Ibid., p. 143.

A noter que presque aucune source documentaire ne permet de mettre en perspective et éventuellement de relativiser de façon pertinente les propos du Dr Muller. La plupart des ouvrages publiés sur les assurances sociales concernent la France en général et ne se focalisent que peu sur l'Alsace-Moselle du point de vue du corps médical.

Toujours est-il qu'au lendemain de la guerre, les assurances sociales en Alsace-Moselle, pourtant d'origine allemande, serviront de modèle à la mise en place d'un système équivalent dans la "France de l'intérieur". Les critiques émises, principalement par les médecins alsaciens, constitueront également les bases des débats à venir entre l'Etat et le corps médical syndiqué.

Chapitre 2. - Les premiers projets de loi d'assurance maladie-invalidité de 1920

En 1919, les élections, influencées par l'anti-bolchevisme d'après-guerre, amènent au pouvoir le Bloc National, coalition rassemblant la droite et le centre. Elle comprend 433 élus de droite et 180 de gauche, dont seulement 68 socialistes.[269] Un an plus tard, en décembre 1920, le syndicalisme ouvrier connaîtra une scission, l'aile gauche des socialistes de la SFIO rejoignant la IIIè Internationale Communiste. S'ensuivra, en juin 1922, la scission de la CGT et la naissance de la CGTU d'obédience communiste.[270]

C'est dans ce contexte que les milieux parlementaires de gauche, probablement influencés par le système bismarckien en vigueur en Alsace-Moselle, tentent de mettre au point les premiers projets de loi d'assurances sociales obligatoires. Mais, le contexte politique de l'époque leur étant peu favorable, il faudra attendre que le projet soit porté par Alexandre Millerand, Commissaire Général de la République en 1919, qui deviendra président du Conseil en 1920. M. Millerand, proche des milieux socialistes au début de sa carrière politique, se rapprochera des idées de droite au lendemain de la guerre, ce qui facilitera nettement l'élaboration d'un projet de loi d'assurances sociales par le gouvernement ; nous y reviendrons.

2.1. Le "projet Grinda"

En janvier 1920, le député de la gauche républicaine démocratique et chirurgien en chef des hôpitaux de Nice Edouard Grinda porte une proposition de loi qui a pour but la réorganisation des hôpitaux et l'établissement de l'assurance-maladie et invalidité prématurée[271]. Le projet a comme originalité qu'il associe l'assurance-maladie-invalidité à une réorganisation du système hospitalier afin de répondre au mieux à l'évolution de la protection sociale ; ce que ne manquera pas de souligner l'Union de façon positive. Il fût mis au point dans le cadre d'une commission constituée par le Ministre du Travail[272]. Il est à noter que le Dr Grinda n'est pas membre de l'USMF et a, au cours de sa carrière, toujours été bien plus proche des sociétés de secours et de la mutualité[273] que du syndicalisme médical, d'où l'existence d'emblée d'une certaine réticence des syndicalistes de l'Union vis-à-vis de ce projet. Cela souligne d'autre part les divergences d'opinions au sein du corps médical, dont l'Union n'est à l'évidence pas totalement représentative.

---

269 Leclerc, Pierre, *La Sécurité Sociale - son histoire à travers les textes - tome II - 1870 - 1945*, Paris : Association pour l'étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale, 1996, p. 226.
270 Ibid., pp. 226 - 227.
271 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1920, p. 252.
272 Musée de la mutualité, *Edouard Grinda*. En ligne. <http://www.musee.mutualite.fr/musee/musee-mutualite.nsf/PopupFrame?openagent&Etage=x&Piece=x&Nb=1&Ref=grinda>. Consulté le 1er octobre 2013.
273 Ibid.

2.1.1. Le contenu du projet de loi[274]

Le “projet Grinda” reprend les grandes lignes du système bismarckien en vigueur en Alsace-Lorraine. Les aspects nouveaux par rapport à ce système sont les suivants :

En ce qui concerne le cercle des assurés, seul le plafond d'affiliation est modifié et passerait à 8000 francs annuels.[275] Le projet ne semble pas prévoir d’adhésion facultative.

Pour les prestations, l’article 10 prévoirait une indemnité en cas de chômage[276]. Les autres prestations sont sensiblement identiques à celles dont bénéficient les populations d’Alsace et de Lorraine.

Au sujet du financement, l’article 8 du projet de loi spécifie que : “*Les caisses de l’assurance-maladie et invalidité prématurée sont alimentées : par un prélèvement de 1,5% sur le salaire de chaque travailleur ; par un versement de 1,5% desdits salaires ; par une contribution de l’Etat de 50 fr. par franc versé.*”[277] Les cotisations seraient désormais réparties équitablement entre les patrons et les salariés, les cotisations des employés se trouveraient donc réduites. Mais le principal changement est la contribution de l’Etat. Sur ce point, le projet Grinda se rapproche donc d’avantage de l’idée initiale que se faisait Bismarck du financement de la protection sociale et qui ne sera finalement pas appliqué en Allemagne[278].

Pour l’organisation, l’article 14[279] prévoit la création de caisses à l’échelle départementale, cantonale et communale, administrées par des comités dans lesquels seront représentés les salariés, les employeurs et l’Etat. Les sociétés de secours mutuel pourront faire office de caisses. L’article 15[280] prévoir un contrôle départemental et local de ces caisses par un “office national d’assurance-maladie et invalidité” dépendant du Ministère de l’Hygiène.

Concernant la réorganisation hospitalière, le projet reste relativement général. Il met en place un office national et des offices départementaux des établissements hospitaliers, composés de techniciens spécialisés dans les questions hospitalières et

---

274 Centre de recherche et d’action sociales, *Les assurances sociales 3*, in *Action populaire*, n° 68, Paris : Editions Spes, 1926, pp. 1 - 12 ; Chambres de commerce, associations industrielles, métallurgiques et minières, coopérations d'assurance contre les accidents, groupements de caisses d'entreprises du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, *Le projet de loi d'assurances sociales, et son application dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle - opinion des chambres de commerce, associations industrielles, métallurgiques et minières, coopérations d'assurance contre les accidents, groupements de caisses d'entreprises du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle*, Mulhouse : J. Brinkmann, 1927, pp. 12 - 15 ; sauf mention contraire.
Le lecteur pourra se reporter à l’annexe n°1 pour le texte complet du projet de loi.

275 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1920, p. 256.

276 Ibid., p. 256.

277 Ibid., p. 256.

278 Cf. précédemment, notre étude sur les assurances sociales en Allemagne avant 1914.

279 Ibid., p. 256 - 257.

280 Ibid., p. 257.

d'assistance, médecins, chirurgiens, architectes et administrateurs pour le premier, et de membres nommés par le préfet et de membres délégués par les corps élus (conseils généraux et municipalités) par les sociétés de secours mutuels et par les syndicats pour les seconds. Ces offices auraient pour objectif de recenser les établissements de soins existants et de planifier et gérer la construction de nouveaux établissements éventuellement nécessaires. Le projet prévoit également le financement de ces constructions, dont les coûts seront supportés à parts égales par l'Etat, les départements et les communes, moyennant certaines exonérations.

En revanche, le "projet Grinda" ne précise rien en ce qui concerne une éventuelle réorganisation administrative au sein des structures hospitalières, ni même le mode d'exercice des médecins dans le cadre des assurances sociales dans ces établissements. Il ne précise pas d'avantage les modalités d'accueil des assurés sociaux à l'hôpital.

2.1.2. La réaction de l'Union

Il est a noter qu'à aucun moment le projet ne précise les modalités de coopération du corps médial dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. En l'absence de garanties quant aux intérêts des médecins, l'Union reste méfiante vis-à-vis de ce projet. Voici la réaction de l'Union :

> "*Il [le Dr Grinda, NDLR] a vu l'importance de toute l'organisation de la médecine, de l'hygiène et de la prophylaxie, qui découle de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie.*
>
> *C'est le côté intéressant de son projet - et c'est sans doute pour cela que ce projet échouera -. Il n'est pas suffisamment administratif pour l'Administration.*
>
> *Il l'est beaucoup trop pour nous.*
>
> *Nous voyons bien, en effet, naître des organismes (office départemental, office national), qui ne sont pas absolument dans le cadre administratif, mais leur composition est complexe. Elle est loin d'avoir la clarté que devrait avoir un organisme où les "intéressés" traiteraient leurs affaires.*"[281]

Notons que c'est sans doute le premier projet de loi français faisant ainsi le lien entre la prévention (par l'hygiène et la prophylaxie, et en réorganisant le système hospitalier) et le système d'assurance maladie-invalidité. On peut en effet penser que la prévention est une façon de limiter les coûts liés aux traitements de pathologies (parfois sources d'invalidités) qui auraient ainsi pu être évitées.

Par ailleurs, cette citation fait ressortir très nettement la dualité entre contrôle - donc pouvoir - administratif et médical. Comme nous l'avons dit, l'absence de clarté

281 Ibid., p. 255.

de ce projet de loi en ce qui concerne les modalités d'interaction entre administration et médecins fait naître une grande méfiance dans l'esprit des syndicalistes.

Finalement, l'Union commente l'intervention financière de l'Etat :

> "*C'est que le projet Grinda qui s'est inspiré de l'assurance alsacienne fait cependant intervenir l'Etat dans les frais. L'assurance allemande fait bien participer l'Etat aux frais de l' "Invalidité" mais encore l'Etat ne paye-t-il pas directement sa part dans les constructions : sanatorium, etc., auxquelles sont consacrés les fonds provenant des cotisations. En Alsace (c'est encore l'ancienne loi allemande qui joue) l'Etat ne participe pas à la gestion des caisses-maladie. Il ne fait que contrôler, que surveiller. L'initiative ne vient pas de lui. Pourquoi, chez nous, en serait-il autrement ?*"[282]

En somme, les syndicats s'opposent à l'intervention de l'Etat dans le fonctionnement de l'assurance maladie-invalidité, car qui dit contrôle de l'Etat sur le système d'assurance dit contrôle - même s'il n'est qu'indirect - sur le corps médical, d'où une forme de fonctionnarisation. En effet, l'Etat aura d'autant plus tendance à exercer des pressions et un contrôle strict sur le corps médical qu'il finance une part importante du système. C'est sans doute ce que craint l'Union, qui redoute de voir le pouvoir médical diminuer à mesure que celui de l'Etat en matière de santé grandit.

Par ailleurs, le "projet Grinda" de 1920 est peu abordé dans la littérature sur les assurances sociales, n'étant généralement que cité sans aucune analyse détaillé, ce qui ne permet pas de relativiser le point de vue de l'Union précédemment exposé qui ne peut être que subjectif.

2.2. Le projet mutualiste

Alors que le "projet Grinda" n'aborde pas la place de la mutualité dans l'assurance maladie-invalidité, de nombreux parlementaires souhaitent lui donner une place centrale au sein de ce système. C'est ce que souligne Albert Peyronnet, sénateur de gauche et ancien ministre du travail, le 2 juillet 1920 devant le Sénat, dans une interpellation au gouvernement :

> "*Nous aurons à préparer et à faire voter l'assurance-invalidité, l'assurance contre la maladie et le chômage ; les Caisses de retraite actuellement existantes ou qui viendraient à se créer seraient les assureurs de trois branches : vieillesse, maladie, chômage et invalidité, dont chacune d'elle serait réalisée par un organisme spécial, de préférence mutualiste, dépendant de ladite caisse.*"[283]

282 Idem.
283 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 227.

Mais c'est avant tout la mutualité elle-même - à l'image des médecins -, dans une attitude de défense corporatiste, qui souhaite se voir confier la gestion des assurances sociales afin de consolider sa position, comme le rappelle Peter A. Köhler et Hans F. Zacher dans leur ouvrage sur l'histoire de la Sécurité Sociale[284].

C'est dans ce contexte que naîtra le premier projet mutualiste d'assurance maladie-invalidité en 1920. Comme le précise l'Union, il existe en réalité plusieurs projets mutualistes qui seraient relativement similaires[285]. Celui présenté dans les archives du syndicat est celui rédigé dans le cadre du Comité technique de la mutualité, par messieurs Fleury et Auger. Pour être tout à fait précis, il s'agit, en reprenant les mots de la Ligue de la Mutualité, d'un "avant-projet" devant servir de base aux débats internes et susceptible de nombreuses modifications et améliorations.

2.2.1. Le contenu du projet de loi[286]

Le contenu du projet peut être résumé, dans les grandes lignes, comme suit[287] :

En ce qui concerne le cercle des assurés, le plafond d'affiliation obligatoire proposé oscille entre 3600 francs et 6000 francs par ans en fonction de la taille de la commune et de la localisation géographique de celle-ci[288]. Une affiliation facultative est prévue.

Les prestations sont globalement superposables à celles en vigueur en Alsace-Lorraine. Elle seraient assurées pour une durée limitée à trois mois[289].

Le financement[290] est constitué d'une participation de l'Etat à hauteur de 0,75% des salaires des assurés, se répartissant en deux tiers attribués à l'assurance maladie et un tiers à l'assurance invalidité. La cotisation de l'employeur et du salarié seraient égales, fixées par les Sociétés de secours et ne pouvant pas dépasser 1% des salaires. L'affiliation facultative entraînerait une majoration des cotisations de l'assuré de 50%.

Pour l'organisation, le service de l'assurance maladie sera assuré par les "sociétés de secours mutuel et d'assurance maladie" ; celui de l'assurance invalidité

284 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, op. cit., p. 167.
285 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1920, p. 257.
286 Le lecteur pourra se reporter à l'annexe n°2 pour le texte complet du projet de loi. Le lecteur pourra se reporter à l'annexe n°17 pour un tableau comparatif des modalités de coopération du corps médical avec les pouvoirs publics en fonction des différentes lois et projets de loi.
287 Le projet de loi retranscrit ici par l'Union est en tous points identique à celui présenté par la Mutualité dans : Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), *Revue de la prévoyance et de la mutualité*, Paris : 1920.
288 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1920, p. 260, article 3.
289 Ibid., p. 260, article 7.
290 Ibid., p. 260, article 4.

sera assuré par des “caisses d’assurance-invalidité” départementales créées par les sociétés de secours mutuel existantes[291].

En ce qui concerne les modalités de coopération avec le corps médical, l’article 9 du projet de loi les précise : “*La société de secours mutuel et d’assurances-maladie a toute liberté pour les conclusions d’une convention pour soins de maladie, avec le corps médical. Les assurés ont le choix entre tous les médecins qui ont adhéré à cette convention. Ils ont également la faculté de recourir à tout autre médecin sous réserve que tout honoraire excédant le tarif de la convention demeure dû par l’assuré. Le surplus est à la charge de l’assuré.*”[292] En ce qui concerne l’assurance invalidité, elles ne sont quasiment pas précisées ; seul étant prévue la consultation d’un médecin dans le cadre d’expertises menées par une commission en cas de litige entre l’assuré et la caisse[293].

2.2.2. Comparaison au système allemand par la mutualité

Bien que ce projet se rapproche nettement du système allemand en vigueur en Alsace-Lorraine, la mutualité n’en est pas moins critique envers ce dernier. Ainsi, en préambule du projet de loi de la mutualité, Emile Fleury s’exclame au sujet de son observation du système allemand : “*Mon âme ne s’est guère emplie que de désillusion !*”[294].

Ces critiques se focalisent principalement sur une application difficile en France en raison de divergences culturelles entre les deux pays : “*tandis que l’ouvrier français repousse ce qu’il ne comprend pas, l’Allemand admire d’autant plus qu’il saisit moins [...].*”[295].

La complexité de la loi, la bureaucratie et la quantité de paperasses administratives sont fustigés : “*A la richesse de la législation, à son volume plutôt, s’ajoute le volume de paperasserie. Si l’on demande à un établissement d’assurance allemand le collection de ses imprimés, on est tout de suite fortement impressionné par la grosseur du paquet.*”[296]

Par ailleurs, la lourdeur du système de contrôle, faisant appel à d’innombrables conseils et commissions[297] est également montré du doigt.

Enfin, Emile Fleury estime que le coût élevé du système entraînerait des cotisations importantes pesant sur les revenus des salariés : “*Une caisse, que je pourrais citer, demande, assurés et employeurs compris, 9% des salaires assurés,*

291 Ibid., p. 259, article 2.
292 Ibid., p. 261.
293 Ibid., p. 263, article 27.
294 Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), *Revue de la prévoyance et de la mutualité*, Paris : 1920, p. 247.
295 Ibid., p. 249.
296 Ibid., p. 249.
297 Ibid., p. 250.

une autre considérée comme très raisonnable demande encore 6%. Que penserait-on en France de caisses ainsi gérées ?"[298]. Selon M. Fleury le coût estimé proviendrait d'une mauvaise gestion administrative[299]. Malgré l'importance de ces cotisations, cela ne suffirait pas à financer les prestations promises à la population[300].

Il évoque enfin un risque d'étouffement de l'initiative privée[301].

Il faut toutefois relativiser ces critiques dans le contexte de l'immédiat après-guerre où tout ce qui provient d'Allemagne est accueilli avec une certaine méfiance.

2.2.3. Accueil du projet de loi par l'Union

Comme le souligne Patrick Hassenteufel[302] , les assurances sociales instaurent non seulement des droits mais aussi des devoirs, notamment l'obligation de cotiser. Ce passage aux assurances sociales obligatoires marque l'avènement d'une nouvelle forme de l'Etat : l'Etat providence.

Pour l'USMF, la mutualité serait trop proche du pouvoir politique et profiterait de ce dernier : "*Elle a des politiciens dans son sillage, et elle a pu, grâce à eux, se glisser dans certaines lois : retraites ouvrières, pensions, dispensaires.*"[303] Un peu plus loin, un syndicaliste ajoute : "*Elle s'agite comme un banquier dont les affaires sont peu brillantes.*"[304], selon lui en raison de "*difficultés financières inouïes*"[305]. Ainsi l'Union sous-entend une certaine forme d'opportunisme de la part de la mutualité.

Quoi qu'il en soit, c'est vraisemblablement la crainte d'un rapprochement entre la mutualité et l'Etat qui agite ici le corps médical. Ainsi, pour l'Union, le problème se pose dans les termes suivants : "*ou l'assurance-maladie se fera sans la mutualité et la mutualité n'ayant plus d'objet sera frappé de mort ; ou l'assurance-maladie se fera par la mutualité, et ce sera l'absorption de la mutualité, car la loi sera obligatoire et l'obligation fera de la mutualité un organe dans le mécanisme étatique.*"[306] Cette obligation rentre dans la logique de l'Etat providence. D'où, encore une fois, un risque de de fonctionnarisation du corps médical.

Cependant, en se penchant sur les "Exposés des motifs" présentés par Paul Maze, Secrétaire Général de la Mutualité, en préambule de la présentation de l'avant-projet de loi[307], il semblerait que ces critiques soient quelque peu excessives. En effet, M. Maze affirme que les mutualistes sont partisans - par principe - de la

298 Ibid., p. 252.
299 Idem.
300 Idem..
301 Ibid., p. 253.
302 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., pp. 62 - 63.
303 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1920, p. 257.
304 Ibid., p. 257.
305 Idem.
306 Ibid., p. 258.
307 Fédération nationale de la mutualité française, 1920, op. cit., p. 255.

liberté. Dans ces conditions, il importait donc à leurs yeux, pour faire oeuvre utile, de rechercher entre la liberté totale et l'obligation absolue, un terrain de conciliation, un système qui aurait le double mérite d'organiser progressivement sur toute l'étendue du territoire l'assurance de tous les salariés nécessiteux contre la maladie et l'invalidité, sans cependant imposer au citoyen cette contrainte et sans recourir surtout à un régime étatiste. Selon les mutualistes, un tel régime ne constituerait pas seulement des atteintes graves à la liberté et à l'initiative mais seraient pour la nouvelle loi une cause certaine d'échec, ainsi que l'ont montré les retraites ouvrières et paysannes.

Pour lui, le problème viendrait essentiellement de la retenue obligatoire des cotisations sur les salaires des ouvriers[308], ce qui n'est pas sans rappeler les idées de Bismarck. En effet, dans le projet de loi présenté, l'assuré n'aurait aucune obligation de cotiser, celui-ci payant directement sa cotisation à l'assurance sans retenue sur salaire. Et s'il ne cotise pas, seuls les soins médicaux seront pris en charge et "l'allocation pécuniaire" sera exclue des prestations. Mais dans ce cas, on peut légitimement se demander si les salariés, aux revenus modestes, auront les moyens de cotiser et si ce système sera par conséquent réellement efficace. Ce la met en lumière l'équilibre devant exister entre l'obligation nécessaire à l'efficacité du système et à la pérennité de la mutualité, et liberté individuelle.

Il apparaît ici très clairement que, comme les médecins, la mutualité tente de se soustraire à l'ingérence de l'Etat, certainement dans le but de ne pas en devenir un rouage. Ainsi M. Maze évoque comme principal avantage du projet de loi[309] : l'autonomie et la liberté des organismes d'assurance sont entières : au point de vue financier, ils règlent périodiquement selon leurs besoins le montant des cotisations dont les limites maxima sont fixées par la loi [...] ; la participation de l'Etat est forfaitaire afin de réduire au minimum les nécessités de contrôle et d'ingérence administrative. C'est ce que remarque également - sans toutefois y souscrire - le Dr Grinda, évoquant une autre proposition sur l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité[310] qui tendrait à généraliser la mutualité sans imposer l'obligation et en bannissant surtout toute organisation d'apparence étatiste.[311] Finalement, la problématique des médecins et de la mutualité face à l'assurance maladie-invalidité semble se poser, sur bien des points, en des termes similaires. Mais tout comme le corps médical, la mutualité est dans une situation ambiguë que les syndicats médicaux ont bien perçue : elle a besoin de l'Etat pour garantir sa survie et son indépendance. Si la mutualité propose une sorte d'intermédiaire entre son fonctionnement d'alors et un système d'assurance obligatoire, c'est qu'elle doit - pour sa survie - impérativement participer au fonctionnement des assurances sociales tout en préservant sa liberté et son indépendance. De toute évidence, le

308 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1920, p. 256.
309 Ibid., p. 258 - 259.
310 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 228.
311 Ibid., p. 228.

syndicalisme médical ne semble pas croire en la possibilité de concilier ces deux aspects du problème, d'autant que, comme le dit M. Maze lui-même "*un courant indiscutable en faveur de l'obligation s'est manifesté dans certains milieux parlementaires ou sociaux et même au sein de la mutualité jusqu'ici profondément attachée à la liberté*"[312].

Il faut encore noter que la mutualité est particulièrement attachée à la prophylaxie et à la prévention. Or, à cette époque, le corps médical considère que son but premier est de guérir plutôt que de prévenir. En effet, la guérison fait - en apparence - d'avantage appel au pouvoir du médecin que la prévention qui fait essentiellement appel à la volonté du patient :

> "*A la fin du XIXè siècle [...] la clinique - c'est-à-dire la recherche du symptôme, l'établissement du diagnostic, le "traitement" individuel - devient souveraine, escamotant tout développement équivalent de l'hygiène et de la prévention, et ceci jusqu'à nos jours. Le médecin au niveau de chaque patient fait un acte médical et désormais son activité devient exclusivement cette succession d'actes médicaux sur des patients qui lui "font confiance". Le médecin est à la fois seul acteur et seul juge de la valeur de cette action, de cet acte [...]. Le médecin exerce son art en tête à tête avec un individu*"[313].

Il n'est dès lors pas étonnant de voir le corps médical exprimer une grande réticence envers les projets de la mutualité, dont les principes remettent en cause le pouvoir des médecins au travers de la représentation qu'ils se font de leur exercice.

2.3. Comparaison au système en vigueur en Alsace-Moselle par l'Union

Après avoir présenté précédemment l'exposé de la situation en Alsace-Moselle fait par le Dr Muller de la Fédération des Syndicats Médicaux d'Alsace (FSMA), il n'est pas étonnant de voir l'Union se pencher à nouveau sur la situation dans ces régions au regard de l'assurance maladie-invalidité, étant donné l'influence du système allemand sur les précédents projets de loi.

Ainsi, en 1921, l'USMF mandate une délégation de médecins (les Drs Lafontaine et Quivy) en Alsace afin de se faire une idée de la situation du corps médical face au système d'assurance-maladie en vigueur. L'Union, dans *Le Médecin Syndicaliste*, rapporte de façon très détaillée ce qui a pu être observé, au travers d'un rapport de 41 pages. Nous ne pouvons pas ici analyser chaque point de détail. Nous nous limiterons donc aux points essentiels présentés en conclusion dudit rapport.

---

312 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1920, p. 255.

313 Rey, Jean-François, *Le tiers payant, quel est l'enjeu ?*, *Prévenir*, 4, octobre 1981, p. 66, cité ici par Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 41.

2.3.1. Le principe de l'assurance : ses bénéfices et ses inconvénients

Il faut tout d'abord noter que, d'une manière générale, l'Union exprime une impression tout à fait positive en ce qui concerne le principe de l'assurance maladie-invalidité.[314]

En effet, les médecins alsaciens n'élèveraient pas contre l'assurance maladie-invalidité d'objection de principe. Ils l'admettent et en seraient même partisans. Selon les Drs Lafontaine et Quivy, les critiques ne concerneraient pas l'institution elle-même. L'assurance-maladie-invalidité aurait une importance énorme en Alsace et dominerait la médecine publique. L'assurance maladie-invalidité, particulièrement prospère, disposerait de capitaux considérables et aurait donc les moyens d'établir et de multiplier les oeuvres de prophylaxie et d'hygiène, et de réaliser, pour le traitement des malades, ou pour la recherche du diagnostic, des installations techniques remarquables. Les deux syndicalistes soulignent également une organisation très méthodique. Pour eux, le système d'assurance doit son succès, sans doute pour une part assez large, aux circonstances dans lesquelles elle a été établie, à la faveur des pouvoirs publics, qui voulaient en faire une arme politique contre le socialisme dans les conditions économiques d'alors.[315]

Selon Pierre Leclerc, reprenant le *Bulletin du ministère du travail* de 1918, le succès de l'assurance maladie-invalidité en Alsace-Moselle, souligné par l'Union, serait également dû à un accueil très favorable par la population :

> "*Les institutions d'assurances sociales sont parmi celles qui tiennent le plus au coeur des alsaciens-lorrains. Leur goût pour la prévoyance a des racines françaises. Il remonte aux sociétés de secours mutuel qu'ils avaient créées bien avant 1870, sous le régime du décret du 26 mars 1852… Il s'est développé au fur et à mesure qu'ont été promulguées les lois de l'assurance allemande, de sorte que désormais la population ouvrière d'Alsace-Lorraine voit, dans le jeu des assurances sociales, les garanties essentielles de sa vie de travail*."[316]

Les syndicalistes de l'Union ne remettent donc pas en cause les bénéfices de ce système d'assurance sur la population, à une exception près qui est la "démoralisation" de celle-ci, et elle est de taille, si l'on considère l'évolution ultérieure du débats sur les assurances sociales :

> "*Qu'elle [l'assurance maladie-invalidité, NDLR] ait pu diminuer la "personnalité" de ceux qui en profitent, fait naître une certaine démoralisation, par le fait de cette sorte d' "automatisme" social qu'elle crée - par suite du jeu de ce mécanisme dans lequel l'assuré est ballotté sans résistance - qu'elle*

314 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 588.
315 Idem.
316 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 226.

ait, en enlevant à l'individu de l'importance, augmenté la part d'influence et d'importance de l'Etat ! Cela est possible."[317]

Nous observerons par la suite que cet argument sera régulièrement utilisé par le corps médical - y compris allemand - contre le développement des assurances sociales, cette "démoralisation" des usagers étant perçue comme une source d'abus de la part des patients dans la consommation des soins. Mais il faudra néanmoins garder à l'esprit que, indépendamment de tout jugement moral, les assurances sociales, en améliorant la santé de la population, induisent une moins grande tolérance à la maladie et à ses symptômes, source d'une plus grande consommation de soins[318].

2.3.2. Influence du système d'assurance sur l'exercice médical

Ce qui inquiète principalement le corps médical, en dehors de l'impact social sur les malades à grande échelle, c'est la répercussion du système d'assurance sur l'exercice de la médecine et donc son organisation. Ces réticences concernent essentiellement les modifications du rapport médecin-patient et, selon l'Union, la remise en cause du secret professionnel, l'émergence d'une "médecine pour pauvres" à bas coûts et hâtive, la "déresponsabilisation" du patient et la surcharge de travail pour les médecins.

Voici, tout d'abord, ce que disent les Drs Lafontaine et Quivy au sujet de la relation médecin-patient :

> "*Le médecin n'est pas seulement le médecin, il est le "surveillant", le contrôleur dans une certaine mesure. Pour être plus précis, il joue aussi le rôle d'un expert. Et cela crée une sorte d'état de subordination du malade à son médecin. [...] Le médecin veille à la supercherie, le malade peut le tromper. Cela contrarie la formation de cette confiance si nécessaire à l'exercice de la médecine.*"[319]

En somme, le système d'assurance, d'une part, engendrerait le renforcement du paternalisme médical ce qui désinvestirait le patient de sa prise en charge et, d'autre part, créerait un climat de suspicion dans la relation médecin-patient altérant le lien de confiance devant s'établir. Selon l'Union, cela serait la conséquence de la violation du secret professionnel[320], puisque le médecin, n'ayant plus seulement pour rôle de soigner mais également de "surveiller" les patients afin qu'ils n'abusent pas du système, devient une sorte de gendarme dont le rôle s'inscrit directement dans le système de contrôle des caisses. Ainsi il n'y a pas d'indépendance du médecin vis-

317 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 588.
318 Voir également : Rameix, Suzanne, *Théories de la justice et systèmes de santé*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, p. 476.
319 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 589.
320 Ibid., p. 589.

à-vis des caisses en ce qui concerne le contrôle et c'est en ce sens que le secret professionnel pourrait être remis en cause. Mais certains auteurs, comme Jean-Marc Mouille et Catherine Thomas-Antérion, nous rappellent le lien entre secret médical et pouvoir du médecin, permettant de mettre en perspective les motivations réelles du corps médical dans sa lutte pour la préservation de ce secret : "*Elle [la médecine, NDLR] accède au situations de vie et aux états du corps qui relèvent à l'ordinaire de l'intimité du sujet. Peut-être cette dimension d'intrusion et de "voyeurisme" éclaire-t-elle à la fois la séduction et la répulsion qui s'attache de manière ambivalente à la médecine, métier de pouvoir, de privilèges, métier "invasif" ou "indiscret", qui s'oblige en retour à des devoirs scrupuleux.*"[321] Il en ressort un résumé parfait de tous les paradoxes entourant le secret médical.

Concernant l'implication du malade dans sa prise en charge, les syndicalistes précisent : "*Il [le médecin, NDLR] n'est plus seulement le technicien qui conseille, laissant au malade la préoccupation et la liberté d'exécuter. [...] Le malade n'exécute pas lui-même. Il obéit aux règles indiquées.*"[322] Cela s'intègre pour une part dans un processus de "démoralisation" des patients que nous avons déjà évoqué. N'étant plus autant impliqués dans leur prise en charge, ils en seraient déresponsabilisés, créant ainsi un climat propice aux abus.

D'autre part, l'Union dénonce l'émergence d'une nouvelle catégorie de médecine, la "médecine pour pauvres"[323] en lien avec la nécessité de produire une médecine à bas coûts :

> "*Le pauvre peut supporter l'amertume. Le sirop n'est pas pour lui. Il doit être économe. Il doit supporter la promiscuité des salles de consultation et d'hôpital. Il n'est isolé dans une pièce à part, que si cet isolement est utile à la collectivité. On dirait que l'assurance sociale a codifié ces droits du pauvre en matière d'assistance. Et cela a retenti sur la production médicale, dominée par des considérations d'économie cependant nécessaires. La question du prix de revient est capitale en matière d'assurance.*"[324]

Cela a comme corollaire que cette médecine devient hâtive en raison de "*la nécessité où se trouve placé le médecin de faire un grand nombre de consultations et de visites pour vivre. Et ceci tient à la modicité des prix qu'on lui accorde. C'est la conséquence la plus directe et la plus grave. [...] Le médecin, pour vivre, doit avoir une clientèle énorme. [...] Là, où les médecins vivent de façon convenable en*

---

321 Mouille, Jean-March ; Thomas-Antérion, Catherine, *De la pudeur en médecine*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, p. 124.

322 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 589.

323 Idem.

324 Idem. Il faut toutefois relativiser l'idée selon laquelle les assurances sociales induisent directement une médecine pour pauvre. Il y a en effet bien d'autres paramètres qui induisent des différences de prise en charge entre les différentes catégories sociales. Voir par exemple : Penchaud Anne-Laurence ; Visier, Laurent, *Les inégalités sociales en santé*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, p. 490.

Alsace, leur rayon de clientèle dépasse, et parfois de beaucoup, le rayon de clientèle d'un médecin français."[325] Les Drs Lafontaine et Quivy ajoutent quelques lignes plus loin : "*Le médecin gagne sa vie en travaillant trop. Il est plus un ouvrier qu'un artiste.*"[326] On remarquera au passage l'emploi du mot "ouvrier" qui n'est sans doute pas un hasard. Toujours est-il que ces propos sous-entendent qu'une médecine hâtive est nécessairement de moins bonne qualité, argument qui sera fréquemment repris dans la suite des débats.

Mais la surcharge de travail des médecins n'est pas uniquement liée au nombre de visites, elle est aussi due à la quantité de taches administratives : "*le mécanisme même de l'assurance entraîne des examens nombreux ou plutôt des signatures de papiers nombreux*"[327], tout comme au nombre croissant de consultations superflues : "*Il découle de cela qu'il reçoit beaucoup de malades peu importants. Il est également certain que le risque étant assuré, on a tendance à recourir plus volontiers au médecin.*"[328] Ces notions seront reprises quelques années plus tard par certains médecins - notamment allemands - dans une virulente critique des assurances sociales ; nous y reviendrons.

Finalement, les deux qualités que l'Union retient d'un point de vue social sont, d'une part, un accès facilité aux soins pour les populations pauvres - bien que ces soins puissent être de qualité inférieur à ceux de la clientèle "classique" - et, d'autre part, les progrès techniques favorisés par les capitaux dont dispose le système d'assurance. Mais elle souligne également bon nombre de défauts, défauts sur lesquels se focaliseront les griefs du corps médical envers les assurances sociales et, plus tard, la Sécurité Sociale, pour les décennies, voir le siècle à venir, à savoir : altération du lien de confiance entre le médecin et le maladie, "déresponsabilisation" du patient, émergence d'une médecine "à deux vitesses" et surcharge de travail pour le médecin.

Les Dr Lafontaine et Quivy en concluent[329] que, si le corps médical n'a aucune raison de s'opposer au principe de l'assurance maladie-invalidité, il ne leurs paraît pas possible ni acceptable d'étendre le système en vigueur en Alsace-Moselle - tel quel - à l'ensemble du territoire français. En revanche, une fois "*modifiée, adaptée à nos moeurs [celles des médecins "de l'intérieur", NDLR], à nos habitudes, au point de vue médical*", ce système d'assurance pourra être instauré en France. Ceci s'intégre dans la stratégie poursuivie par l'Union, dont le Dr Lafontaine est le secrétaire général, de participer au développement du système d'assurance - dont la mise en place paraît inéluctable - plutôt que de s'opposer à son principe. Nous reverrons que cette stratégie sera amenée à changer dans une large mesure par la suite.

325 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 590.
326 Ibid., p. 591.
327 Ibid., p. 590.
328 Ibid., p. 590.
329 Ibid., p. 592.

2.3.3. Le corps médical alsacien attaché au système d'assurance maladie-invalidité

Toutefois, quelque mois plus tard, lors de l'assemblée générale de décembre 1921, dont compte-rendu est publié en 1922, le Dr Schmidt, médecin "de campagne" alsacien se montre critique vis-à-vis du tableau de l'assurance maladie-invalidité en Alsace-Moselle dépeint par les Drs Lafontaine et Quivy :

> "*M. Lafontaine nous a dit qu'il avait demandé à nos délégués de faire la critique de nos lois d'assurance, d'en montrer surtout les mauvais côtés. Aucun de nous n'a jamais cru qu'il y aurait lieu de cacher les inconvénients du système, mais la critique a été bien sévère. Elle a donné des indications fort utiles à la défense des intérêts du corps médical français. C'était là son but, je l'ai toujours reconnu. Mais en même temps elle donnait une fausse idée de l'opinion du corps médical alsacien ; preuve qu'elle est allée trop loin. [...] Le corps médical d'Alsace tient à s'affirmer solidaire de tous ceux qui demandent le maintien de nos lois d'assurance sociale, dont, quant à lui, il ne veut être privé, car d'elles dépend l'existence de l'immense majorité de nos confrères.*"[330]

Le Dr Schmidt souligne donc de façon très claire l'attachement des médecins, alsaciens en l'occurrence, à ce système d'assurance, et montre une certaine partialité de l'enquête des rapporteurs de l'Union. La prise de parole du Dr Schmidt indique de plus des différents au sein du corps médical. En se penchant sur les archives de l'USMF, plusieurs médecins syndicalistes de ces régions vont d'ailleurs dans le sens du Dr Schmidt et affirment leur attachement à un système, qui présentait certes initialement de lourds défauts ayant pu nuire au corps médical, mais qui s'est par la suite nettement amélioré - bien que restant perfectible - grâce notamment à l'action syndicale. Comme le rappelle Christian Bonah, dans un article sur l'histoire de la profession médicale, "*les médecins de l'époque ne voient pas que les caisses leur apportent aussi une clientèle nouvelle qui leur avait échappé auparavant.*"[331] Force est de constater, qu'en Alsace, contrairement - pour l'instant - à la France "de l'intérieur", cette vision des choses a évolué. Par ailleurs, bien que l'Union affirme toujours son total soutient aux syndicats d'Alsace et de Moselle, il semble se dessiner certaines divergences d'opinion entre ces derniers et les syndicalistes "de l'intérieur" au sujet de l'assurance maladie-invalidité.

330 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1922, p. 36.

331 Bonah, Christian, *La profession médicale à travers l'histoire*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, p. 88. L'auteur évoque ici l'opinion des médecins allemands au tout début du XXè siècle.

Chapitre 3. - Le projet de loi du gouvernement de 1921[332]

En janvier 1920, M. Alexandre Millerand[333] devient président du Conseil après avoir été en 1919 Commissaire Général de la République dans les trois départements d'Alsace-Moselle. Il a donc une bonne connaissance du fonctionnement des assurances sociales dans ces régions. La même année il nomme M. Paul Jourdain[334], représentant des départements recouvrés, au ministère du travail, dans le but d'étendre le système en vigueur en Alsace-Moselle à l'ensemble du territoire français.

Le 30 juin 1920, M. Jourdain met en place une commission extra-parlementaire chargée d'étudier un projet d'assurances sociales prenant en charge les risques maladie, invalidité et vieillesse. L'élaboration en est confiée à M. Georges Cahen-Salvador, directeur des Retraites ouvrières et paysannes au ministère du travail ; système de retraite qui, rappelons-le, s'était soldé dans une large mesure par un échec.

Les travaux de la commission aboutirent à un nouveau projet de loi, largement inspiré du système allemand en vigueur dans les départements recouvrés, déposé à la Chambre des députés le 22 mars 1921 par M. Aristide Briand, Président du Conseil avec les signatures de M. Daniel Vincent, Ministre du Travail, de M. Paul Doumer, Ministre des Finances et de M. Bonnevay, garde des sceaux, Ministre de la Justice.

---

332 L'introduction de cette partie se base essentiellement sur la source suivante : Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 227 - 228.

333 Alexandre Millerand est nommé en 1919 Commissaire général de la République à Strasbourg avec la charge de réorganiser les trois anciens départements d'Alsace-Lorraine. Le 20 janvier 1920, il obtient la présidence du Conseil et le Ministère des affaires étrangères qu'il conservera jusqu'en septembre de la même année. Il est élu Président de la République le 23 septembre 1920. (Source : Elysée - Présidence de la République, *Alexandre Millerand*. En ligne. <http://www.elysee.fr/la-presidence/alexandre-millerand/>. Consulté le 4 avril 2015.)

334 M. Paul Jourdain est député du Haut-Rhin de 1919 à 1927 et sera sénateur du Haut-Rhin de 1927 à 1944. Il obtient le Ministère du Travail du 2 décembre 1919 au 16 janvier 1921 et du 9 au 14 juin 1924 et le Ministère des Pensions du 28 novembre 1925 au 19 juillet 1926. A partir de 1921, c'est essentiellement en tant que rapporteur de la Commission d'assurance et de prévoyance sociale qu'il intervient dans les débats à propos de toute une série de projets de loi portant adaptation du régime social en Alsace-Lorraine. Comme le précise le site internet du Sénat : "*En réalité, c'est surtout le travail en commission, moins voyant mais plus efficace peut-être, et mieux approprié à son propre tempérament, qui avait les faveurs de Paul Jourdain. Ainsi, durant le temps qu'il présida la commission d'assurance et de prévoyance sociale, sa ténacité et sa conviction permirent de mener à bien les travaux qui aboutirent au vote, en avril 1924, du premier projet de loi sur les assurances sociales, qu'il avait élaboré lors de son passage au ministère du Travail.*" (Source : Sénat, *Jourdain Paul*. En ligne. <http://www.senat.fr/senateur-3eme-republique/jourdain_paul1113r3.html>. Consulté le 4 avril 2015.)

3.1 Le contexte

Le premier point concerne les origines allemandes du projet de loi de 1921 qui prend ses racines dans le système mis au point par Bismarck. C'est ce que souligne d'ailleurs, *a posteriori*, le Dr Chauveau, qui sera rapporteur du projet de loi de 1930.[335]

Selon lui, avant la guerre, les grands esprits sociaux et les masses ouvrières informées se passionnaient pour deux expériences étrangères. Il s'agit de l'expérience anglaise, mais surtout de l'expérience allemande, considérée alors comme un modèle incontesté.

Or, toujours selon Claude Chauveau, avec les assurances, Bismarck avait voulu lutter contre la social-démocratie montante et aussi fortifier l'unité du Reich. De fait, elles devinrent, malgré les compromis nécessaires, un service de la collectivité publique où l'Etat centralisateur garde partout le contrôle. Voilà, selon lui, la conception primitive de Bismarck.

Il affirme ensuite que le rayonnement de l'initiative allemande devait imprégner l'esprit de la commission gouvernementale. En réalité, comme l'affirme encore M. Antonelli, le projet visait à se rapprocher le plus possible du modèle allemand : *"organisation légale sur la base de la centralisation administrative régionale, en atténuant le principe par des concessions imprécises faites à toutes les autres conceptions de l'organisation libre*"[336].

A quelques réserves près, ce système allemand en vigueur en Alsace-Moselle, donne globalement satisfaction au corps médical de ces départements, comme nous le soulignions précédemment au travers des propos du Dr Schmidt.

Entienne Antonelli nous donne des informations intéressantes en ce qui concerne le contexte de ce projet de loi. Docteur en droit et socialiste modéré, il s'impliquera de façon importante dans l'élaboration des projets de loi successifs sur les assurances sociales à partir de 1924. Il prend nettement parti en faveur des assurances sociales dont il assurera ensuite la promotion du contenu et des modalités d'application. En 1925, il fera partie d'une commission d'experts qui s'efforceront de concilier les revendications contradictoires des différents acteurs concernés par la loi : Etat, Mutualité, syndicats ouvriers, patronat et corps médical. Selon lui, les auteurs du projet de loi de 1921, dans l'exposé des motifs du projet de loi, ne consacrent que très peu de texte à l'héritage français en matière d'assurances sociales : "*Aux antécédents français ils consacrent tout juste une page, ou plus exactement quelques lignes. Pourquoi ce silence, cet oubli ? Parce que les principes généraux qui inspirent le rédacteur du projet sont totalement différents de ceux qui ont guidé jusqu'alors le législateur français.*"[337] Pierre Leclerc

335 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 228.
336 Idem. L'auteur reprend ici les propos de M. Antonelli eux-mêmes repris par M. Chauveau.
337 Ibid., p. 229. L'auteur reprend ici la source suivante : Antonelli, Etienne, *Guide pratique des assurances sociales*, Paris : Payot, 1928, p. 12.

complète les propos de M. Antonelli en rappelant, qu'en France, les risques sociaux (accidents, vieillesse, maladie), étaient jusque là couverts de manière très diverse[338], notamment au travers de l'AMG, de la loi sur les accidents du travail et la loi des pensions.

Le corps médical reste d'ailleurs sous pression en ce qui concerne cette protection sociale française "traditionnelle" qui, rappelons-le, avait fait naître de nombreuses revendications parmi les médecins et de vifs débats entre l'Union et les pouvoirs politiques. En 1921, les principales difficultés semblent toujours se concentrer autour de la question des tarifs.

3.2. La référence à la loi des pensions

En février 1921, notamment, un cou dur est porté au syndicalisme médical dans le cadre de la loi des pensions. Après de longs débats concernant l'entente sur les tarifs et, selon l'Union, une volonté affichée de la part du gouvernement de ne pas vouloir appliquer l'article 64 de la loi, le parlement modifie les paragraphes 5 et 7 de cet article de la façon suivante :

> "*§ 5. - Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'Etat. Le tarif en sera établi par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.*
>
> *§ 7. - Les frais de voyage que devront faire les malades pour se rendre dans l'hôpital où ils seront traités ou mis en observation et, en cas de décès, les frais de transfert du corps au domicile seront à la charge de l'Etat. Ils seront payés dans des conditions déterminées par un règlement d'administration publique.*"[339]

Ainsi, toute notion d'entente avec le corps médical sur les tarifs est supprimée. Cela constitue un échec important pour l'Union, face un Etat soucieux d'asseoir son pouvoir face au syndicalisme médical dans le bras de fer qui s'est engagé au sujet de la protection sociale. Bien que l'assurance maladie-invalidité ne soit pas directement concernée, ce revirement de situation sonne comme un avertissement pour le syndicalisme médical, qui craint une "taxation" grandissante de l'exercice médical par l'Etat : "*Si aujourd'hui la taxation n'intéresse que 1 à 3% de notre clientèle [dans le cadre de la loi des pensions, NDLR], demain, la taxation intéressera, avec l'assurance invalidité-maladie, 60 à 70% de nos malades.*"[340]

A un tarif établi après concertation avec les syndicats de médecins est finalement préféré le "Tarif Maginot"[341] décidé par l'Etat. Bien sûr, l'Union rejette ce

338 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 229.
339 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 60.
340 Ibid., p. 209.
341 André Maginot a été nommé Ministre des Pensions en 1920.

tarif, sans doute plus par principe que par conviction, le jugeant insuffisant et inadapté. Mais après quelques mois d'âpres négociations, passant notamment par une grève administrative[342], des modifications sont apportées au tarif, ce qui aboutit au décret du 18 juillet 1921 qui semble satisfaire l'Union. Les débats aboutiront finalement en 1922 à l'adoption des tarifs par les deux parties, ainsi qu'à une augmentation de la représentation syndicale au sein de la Commission tripartite ayant pour rôle de déterminer ces tarifs.

L'Etat ne semble donc pas hostile aux négociations avec le corps médical, renforçant l'idée qu'il s'agit plus d'un enjeu de pouvoir que d'une opposition franche aux syndicats. En effet, des voies commencent à s'élever contre le Ministère des Pensions, mais aussi contre l'Union, devant la lenteur à payer les soins médicaux dans le cadre de cette loi, poussant l'Etat à agir pour débloquer la situation. Mais il est probable que cette manoeuvre vise également à porter un coup aux revendications de l'Union dans le cadre de la protection sociale en général et de l'assurance maladie-invalidité en particulier, face au pouvoir grandissant du syndicalisme médical.

Nous ne détaillerons pas la question des tarifs dans le cadre des accidents du travail et de l'AMG. Pour l'Union, ces tarifs restent toujours et encore insuffisants, menant à de nombreux débats dont l'exposé des détails est inutile et fastidieux. Notons toutefois qu'en 1921 le "Tarif Breton" succède au "Tarif Dubief" très critiqué par l'Union, ce qui améliorera sensiblement les relations entre le corps médical et les assureurs, et contentera globalement l'Union hormis quelques points de détails. Enfin, pour ce qui est de l'AMG, la lutte se focalise sur l'unification des tarifs - restant très variables d'un département à l'autre - et l'application du libre choix et du tarif à la visite dans tous ces départements.

3.3. Le contenu du projet de loi[343]

C'est dans ce contexte de tensions au sujet de la loi des pensions qu'est rendu publique une nouvelle proposition de loi concernant l'AMI (Assurance maladie-invalidité).

Pour le cercle des assurés, le projet de loi propose une affiliation obligatoire et une facultative. Le régime obligatoire, qui selon l'Union couvrirait 8 millions de bénéficiaires, s'appliquerait à tous les salariés des deux sexes. La famille des affiliés

342 Ibid., p. 371.

343 Ibid., pp. 595 - 599 ; Groupement des industriels d'Alsace et de Lorraine, *Le projet de loi gouvernemental sur les assurances sociales comparé à la législation d'assurances actuellement en vigueur en Alsace et en Lorraine - rapport présenté au nom de la commission d'étude spécialement désignée par les groupements industriels d'Alsace et de Lorraine en vue d'examiner le projet de loi*, Metz : Paul Even, 1922, 21 p.
Le lecteur retrouvera en annexe n°3 les articles essentiels du projet de loi.

est également couverte sous certaines conditions (d'âge et de revenu). Le plafond d'affiliation est fixé à 10 000 francs par an. Contrairement au système alsacien, un salarié antérieurement assuré mais dépassant ce plafond ne peut pas rester affilié. Selon l'Union, dans les campagnes, 50 à 60% de la population serait couverte par l'assurance obligatoire. Ce système serait donc plus étendu qu'en Alsace.

En ce qui concerne les prestations, la loi couvrirait les risques maladie, invalidité, décès et vieillesse. Le projet de loi instaure les soins gratuits avec le "tiers payant".

Pour ce qui est du financement, l'Etat participe au financement du système d'assurance[344]. Pour le reste, les principes sont les mêmes que pour les projets précédents.

L'organisation est confiée à des caisses régionales, qui peuvent être mutualistes, syndicales (fondées notamment par les syndicats ouvriers) ou patronales. Dans chaque circonscription, ces caisses seraient contrôlées par des "offices".

Les modalités de coopération avec le corps médical sont régies par les articles 24 à 28 du projet de loi. Selon l'Union, ils permettent le libre choix du médecin et du pharmacien par contrat collectif, la rémunération des médecins au forfait (révisable après 5 années d'application de la loi), et mettent en place un ticket modérateur pour limiter les abus de la part des assurés. Le système du forfait se calque sur le système alsacien : "*Une somme fixe serait attribuée au syndicat médical, par assuré. Cette somme serait ensuite répartie par le syndicat au prorata du travail de chacun.*"[345]

Etienne Antonelli, au travers d'un commentaire du projet de loi particulièrement pertinent, que le lecteur pourra trouver pages 229 à 232 de l'ouvrage de Pierre Leclerc[346], expose la façon dont s'exprime le projet. Ainsi l'esprit du projet de loi fait appel à la - traditionnelle - prévoyance individuelle à laquelle l'Etat apporte sa large contribution, au travers d'un équilibre entre traitement et prévention des risques, risques dont l'évaluation doit se baser sur des mesures statistiques et mathématiques. Le projet de loi s'articule autour de plusieurs conceptions principales, à savoir obligation et contrôle de l'Etat faisant appel à la logique bismarckienne, le tout adapté en laissant une place prépondérante à la mutualité. En ce qui concerne cette dernière, M. Antonelle précise :

> "*La mutualité est un admirable foyer de dévouement, les mutualistes sont nourris d'un esprit de solidarité incomparable. Il serait fou de vouloir ignorer une telle force.*
>
> *Comment pouvait se faire cette conciliation d'intérêts ?*

344 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 597 et p. 613.
345 Ibid., p. 599.
346 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 229 - 232.

D'une façon qui s'imposait logiquement et qui a fini par s'imposer dans les faits : il fallait utiliser la mutualité dans le cadre du nouveau système, l'utiliser loyalement, sans réserve, sans méfiance."[347]

Il transparaît donc clairement que ce projet résulte d'une adaptation de l'héritage allemand d'Alsace-Moselle, par l'ancienne tradition française des sociétés de secours mutuel faisant appel à la prévoyance individuelle.

3.4. La réaction du syndicalisme médical au projet de loi

Début 1921, des rumeurs courraient déjà depuis plusieurs mois au sein du corps médical en ce qui concerne un projet de loi d'assurance maladie-invalidité - plus généralement d'assurances sociales - établi par le gouvernement, comme en témoignent les archives de l'USMF de 1920[348]. Ce projet, intitulé "*Projet de loi sur les assurances sociales*", encore dit "projet Vincent" ou "projet du gouvernement", servira de base aux débats parlementaires. Rappelons qu'en plus d'assurer les risques maladie et invalidité, ce projet étendrait l'assurance aux risques décès et vieillesse.

3.4.1. Le contexte socio-politique vu par l'Union

Dans l'accueil fait à la proposition de loi de 1921, il importe avant tout de comprendre que la proposition est vue comme un projet du gouvernement, alors que les précédents - bien que soutenus par le gouvernement - émanaient d'avantage de la sphère mutualiste.

Pour l'Union, l'histoire de ce projet de loi commence en 1914, avec la commission Chéron-Métin : "*L'assurance sociale contre la maladie et l'invalidité est, depuis longtemps envisagée en France. Et nous avons pu lire déjà, un projet autrefois déposé au Parlement dans la législature qui a précédé la guerre. Des études avaient été faites, des jalons avaient été posés, et on avait songé à préparer une tarification des honoraires médicaux pour les oeuvres sociales. Cela préparait l'assurance. La fameuse commission Chéron-Métin avait été créée dans ce but en 1914. On était déjà inquiet à ce moment au point de vue social [...].*"[349]

Si la guerre a, par la suite, enterré cette commission, les défis sociaux sont en grande partie restés les mêmes. Selon l'USMF, les milieux dirigeants auraient le même désir de créer une atmosphère favorable à la paix sociale : *" "Par des organisations hardiment rénovatrices, nous donnerons à tous les travailleurs de*

347 Ibid., p. 232. L'auteur reprend les propos de M. Antonelli.
348 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1920, p. 264.
349 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 606 - 607.

France des garanties contre l'invalidité, au pays lui-même un gage de paix sociale", dit l'auteur du projet. Au point de vue social, hâtons-nous de dire que l'assurance se justifie largement. Mais elle se justifie depuis toujours, et il faut bien se résoudre à chercher les motifs qui, aux yeux du gouvernement et du législateur, peuvent expliquer la date du dépôt d'un tel projet. [...] Il est un souci qui domine nos assemblées politiques, une fièvre qui les fait se livrer à certaines manifestations : le souci du mandat à renouveler ; la fièvre électorale."[350] A en croire les paroles du Dr Lafontaine[351], secrétaire général de l'Union, on ne peut se présenter devant l'électeur avec les mains vides. On lui apporte quelque chose : une loi sociale. Sans doute, aussi, est-ce parfois le seul point sur lequel, dans une législature où les majorités ne sont pas assez solides pour une action nette, on puisse réunir une vraie majorité. Pour René Lafontaine, les assurances sociales ne seraient qu'une façade destinée à attirer l'électorat.

Si cette critique des pratiques politiques sert à décrédibiliser le projet de l'Etat, il faut toutefois noter que le Dr Lafontaine ne montre pas d'hostilité au principe-même des assurances sociales, ce qui restera une lignes directrices de sa stratégie syndicale. Le gouvernement arbitrer entre deux prises de position : si les médecins, les milieux agricoles et une partie du patronat (l'Union du textile et Union des Industries Métallurgique et Minières - U.I.M.M. - essentiellement) semblent hostiles au projet, les milieux ouvriers (Section Française de l'Internationale Ouvrière - S.F.I.O., C.G.T. et Confédération Française des Travailleurs Chrétiens - C.F.T.C.), constituant une masse électorale considérable, y sont nettement favorables[352]. Enfin, remarquons d'emblée que médecins et patronnât semblent se situer dans le même camp ; cela aura son importance, nous allons y revenir.

Ce projet pose par ailleurs la question épineuse de la situation en Alsace-Moselle. En effet, cela rend la mise en place des assurances sociales problématique dans la mesure où ces territoires sont attachés au système en vigueur, hérité d'Allemagne, qu'il semble, selon l'Union, difficile d'élargir à toute la France : "*le retour de l'Alsace et de la Lorraine à la France est fort "gênant" pour notre administration. Ces provinces ont pris des "habitudes". Elles ont des lois sociales qu'elles veulent garder. Comment faire ?*"[353] Mais il faut bien réaliser que cette question est tout aussi "gênante" pour l'Union. Ici, l'Alsace-Moselle deviendrait presque un argument contre les assurances sociales. Officiellement, l'Union soutient les syndicats de ces régions qui souhaitent conserver le système en vigueur : "*L'Assemblé générale [de l'USMF, NDLR], se conformant aux voeux exprimés par les syndicats médicaux d'Alsace et de Lorraine, demande que l'assurance sociale établie dans ces provinces leur soit conservée.*"[354] Le syndicalisme, qui se veut

350 Ibid., p. 607.
351 Idem.
352 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 233 - 236.
353 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 608.
354 Ibid., p. 609. Conclusion de l'Assemblée générale de 1921.

représentatif de l'ensemble du corps médical n'a sans doute pas d'autre choix. En réalité, tout en voulant assurer une union la plus large possible, l'USMF exprimera par la suite le souhait de voir le projet de loi s'étendre à toute la France - y compris à Alsace-Moselle -, afin de ne pas ménager de brèches dans par lesquelles l'Etat pourrait s'engouffrer pour nuire aux intérêts du corps médical ; le système en vigueur dans ces territoires étant, aux yeux des syndicaliste de la France "de l'intérieur", insuffisamment favorable au corps médical. L'Etat pourrait être tenté d'élargir le système des territoires recouvrés à l'ensemble de la France. Par ailleurs, ne pas soutenir les syndicats médicaux alsaciens et lorrains ferait peser un risque de scission syndicale qui pourrait fragiliser la position du syndicalisme et son contre-pouvoir face à l'Etat. Si les assurances sociales dans les territoires recouvrés ne sont pas sans poser certains problèmes, pour les syndicats médicaux comme pour l'Etat, elles favoriseront incontestablement, comme le souligne Patrick Hassenteufel, le développement de tel système dans le reste de la France[355].

3.4.2. Le contenu du projet critiqué par l'Union

Sur bien des aspects, ce projet est vivement critiqué par les syndicalistes de l'Union. Nous aborderons brièvement l'ensemble des revendications du corps médical qui en découle.

3.4.2.1. Le contrôle administratif

En premier lieu, et d'une manière générale, l'Union pointe du doigt une "*conception administrative de la médecine*"[356] qui ne prend pas suffisamment en considération l'aspect "technique"[357] du problème. Notons que par "technique", il faut comprendre l'acte médical, le soin technique.

L'USMF considère que le projet du gouvernement a le grave défaut de n'avoir aucunement prévu les besoins de l'assurance d'un point de vue technique. Pour simplifier, il aurait passé sous silence la réorganisation hospitalière. Selon les syndicalistes, le gouvernement ne s'est pas même demandé une seconde, où et comment il allait soigner ses malades, ni combien il lui faudrait de lits, de laboratoires, de maisons de santé, de sanatoriums, etc. Il a décrété donner des soins. Pour ce qui est du service de soins, l'Union estime que tout ne serait qu'improvisation.[358]

355 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 77.
356 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 600.
357 Ce terme est ici entendu dans le sens de la technique médicale (le médecin étant un technicien), ce qui caractérise l'exercice quotidien et concret de la pratique médicale.
358 Ibid., p. 600.

Et l'Union de comparer immédiatement à la loi des Pensions : "*Cela ne nous surprend pas, car c'est la règle. Nous en avons vu la dernière application dans l'article 64 de la loi des Pensions. On avait simplement oublié toute l'organisation des soins. C'est un peu, comme si, d'un plan d'immeuble, l'architecte oubliait le rez-de-chaussée.*"[359] De tout évidence, le "rez-de-chaussé", donc la base du système, représente ici le corps médical. Et c'est le corps médical qui produit les soins "techniques", sans quoi le progrès médical serait, selon lui, impossible :

> "*L'Administration compte sur le hasard. Elle compte aussi sur les économies réalisées pour construire des organes techniques… Mais quelles constructions fera-t-elle ? Hélas, nous ne le savons que trop et ce sera sa première besogne : elle nettoiera la façade de ses hôpitaux. Elle courra après le progrès sans jamais l'atteindre, et quand elle devra construire, avant que d'être achevée, la construction sera vieille et périmée, car elle aura été faite sur des plans trop anciens. Notre administration n'est pas assez souple pour s'occuper de technique. La preuve n'en est plus à faire.*"[360]

L'Union reproche donc au projet de loi de se désintéresser de la question technique, tout en déclarant que l'administration est incapable d'aborder cette question de façon pertinente. Que cette critique soit justifiée ou non n'est, en réalité, pas le plus important. Ce qui ressort avant tout, c'est la volonté du corps médical de se placer comme élément central et incontournable du système d'assurances sociales. C'est un objectif très général, mais qui sera amené à se concrétiser au travers d'éléments plus précis (les tarifs, le libre choix, les modalités de rémunération, déjà fréquemment abordés dans d'autres contextes).

Au contrôle médical s'oppose finalement le contrôle administratif, qui se concrétise dans le projet de loi, par la désignation, à titre provisoire durant la première année, des divers représentants des caisses, par le Ministre, ce que l'Union voit bien sûr d'un mauvais oeil : "*L'administration prend ses précautions ! [...] C'est-à-dire que l'administration va "orienter" les organismes d'assurance. [...] On fait ainsi entrer dans les cadres administratifs les organismes nouveaux, en réservant le pouvoir réel "au ministre" c'est-à-dire à l'administration. Ce point vaut d'être noté, il est fort important.*"[361] En somme, la question est surtout de savoir qui va contrôler le fonctionnement des assurances sociales.

3.4.2.2. La place de la mutualité

Le projet de loi ne détaille presque pas les modalités de coopération avec la mutualité, qui pourtant doit bénéficier d'une place centrale dans l'organisation des assurances sociales. Il donne la possibilité aux sociétés de secours mutuel de

359 Idem.
360 Ibid., p. 601.
361 Ibid., p. 598.

constituer des caisses, sous certaines conditions, dans le cadre de la loi sur les assurances sociales, mais sans leur donner un rôle central. Il s'agit de caisses parmi d'autres (syndicales ou patronales). Jusque là, l'Etat, dans sa volonté de favoriser l'initiative privée, a toujours soutenu la mutualité. Mais, en 1921, le nombre modeste de patients affiliés à la mutualité (561 526 selon l'Union[362]), ne permet pas à cette dernière d'organiser toute l'étendue des assurances sociales, dont le nombre d'affiliés pouvait être estimé, en 1921, à plusieurs millions[363]. Ce sont d'ailleurs les carences de la mutualité qui ont probablement poussé le gouvernement à étudier les assurances sociales. De plus, au lendemain de la guerre, elle devait faire face à des difficultés financières dues à la dévaluation du franc. Quelle place pouvait donc lui donner l'Etat ?

Cette situation quelque peu précaire n'empêche pas les médecins de se pencher sur le problème. S'il y a bien des collectivités avec lesquelles les syndicats médicaux ont appris à traiter dans le cadre des assurance sociales, ce sont bien les sociétés de secours mutuel. Pour l'Union, la mutualité servira de cadre aux assurances sociales ou elle disparaîtra : "*Il ne fait pas de doute que les mutualités refondues ne puissent servir de cadre d'application à la loi d'assurance-invalidité-maladie ou qu'elles doivent disparaître si elles ne font que doubler les organismes sociaux qui naîtront de cette loi.*"[364] Le corps médical semble donc toujours voir en la mutualité, l'organisateur potentiel du système d'assurances sociales et la méfiance à son égard ne s'est pas tarie : "*Bien que la mutualité soit théoriquement détachée de la religion et de la politique celles-ci en sont assez souvent le ciment réel : les idées régnantes dans l'ordre politique y peuvent être favorisées par les caisses publiques suivant que leurs dirigeants nagent plus ou moins bien dans les courants politiques favorables. C'est là l'envers du théâtre, mais à certains mouvements des acteurs, on devine ce qui les fait agir*."[365] Plusieurs échecs dans les négociations entre la mutualité et l'Union (au sujet des tarifs à la visite et du libre choix principalement), ont conduit cette dernière à lui adresser une critique sévère : "*après quelques vaines séances le combat finit faute de combattants. Il en sera toujours ainsi tant que les mutualités n'auront pas radicalement réformé leur établissement.*"[366] Sans doute les médecins ne sont pas hostiles au principe de la mutualité, mais souhaite qu'elle soit réformée, afin de la rendre - et le corps médical par la même occasion - plus indépendante de l'Etat et des influences politiques.

Pour le l'Union, la mutualité ne peut perdurer que si elle entame une réforme profonde, dont le corps médical entend être l'architecte. La mutualité rénovée devrait ainsi se concentrer sur l'aspect technique de la médecine, donc mettre le médecin au centre du système. Pour cela il faut d'abord la dissoudre puis la regrouper et la rendre plus homogène, donc plus facilement contrôlable qu'un ensemble hétérogène

362 Ibid., p. 625.
363 Ibid., p. 625 et p. 634.
364 Ibid., p. 629.
365 Ibid., p. 630.
366 Ibid., p. 629.

résultant d'initiatives diverses. Pour le corps médical, la mutualité devrait émaner du syndicalisme et créer des groupes de rangs professionnels analogues. Ils auraient l'avantage, selon les syndicalistes de l'Union, d'associer les individus en des groupes homogènes auxquels seraient laissées une autonomie et une capacité d'organisation intérieure propres à stimuler l'intérêt individuel de chacun des membres.[367]

Ainsi, l'Union tente d'insuffler un peu de la doctrine syndicale au sein de la mutualité, peut-être pour mieux la contrôler, du moins pour créer une atmosphère plus propice à des négociations favorables aux intérêts du corps médical syndiqué. C'est sans doute pour ces raisons que l'Union se penche sur le sort de la mutualité. Elle constitue une structure bien connue du corps médical, avec laquelle - malgré certains échecs -, il a pris l'habitude de traiter, et qui semble sans doute plus facile à contrôler que des caisses nouvelles qui émanent de l'Etat.

3.4.2.3. Le paiement des honoraires

Au coeur de toutes les préoccupations de l'USMF se trouvent les honoraires des médecins. En ce qui concerne le système de forfait, détaillé précédemment, l'Union dénonce un "*tarif à la visite à l'intérieur du forfait*"[368] et ajoute : "*C'est encore le forfait et il n'est pas même sûr que ce soit le forfait amélioré.*"[369] Et le Dr Lafontaine d'affirmer : "*Personne ne le défend chez nous.*"[370] Nous reverrons que cela n'est que partiellement exact. Ainsi l'Union défend un paiement à l'acte, s'intégrant d'avantage dans l'identité libérale de la profession[371].

Au sujet du "ticket compensateur", encore appelé "ticket modérateur", que la loi entend mettre en place, l'Union commente : "*Disons de suite que les prix proposés [...] sont absolument insuffisants pour atteindre le but qu'on se propose.*"[372] Inévitablement, cela nous renvoie aux anciennes querelles concernant les tarifs de l'AMG, des accidents du travail et de la loi des pensions. Ce système a pour principe de laisser une part des frais de santé à la charge des assurés afin de limiter les abus. Mais, selon l'Union, cette part serait trop faible et, par conséquent, insuffisamment dissuasive. Pourquoi le corps médical (pour une large part semble-t-il) veut-il voire cette part augmenter ? En quoi les abus de la part des patients peuvent-ils soucier les médecins ? Ce point devrait essentiellement être le souci de ceux qui financent et sont garants du système, à savoir les employeurs, les salariés

367 Ibid., p. 632.
368 Ibid., p. 599.
369 Idem.
370 Idem.
371 C'est ce que rappelle d'ailleurs Patrick Hassenteufel dans son ouvrage : Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., pp. 41 - 42.
372 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 599.

et surtout l'Etat. De plus, une multiplication - même inutile - des consultations, ne ferait qu'assurer aux médecins une clientèle plus large. Mais on ne peut toutefois pas nier qu'il puisse y avoir une multiplication des consultations à faible rémunération voir à forfait que les médecins qualifient de risque de dégradation de la qualité de la prise en charge. Il semble donc légitime de se demander si, au moins en partie, le corps médical ne cherche pas ici à maximiser le paiement direct par le patient afin de se rapprocher de ce que l'Union appelle "les conditions de la clientèle ordinaire", repoussant ainsi le tiers payant et la fonctionnarisation du corps médical.

La question du "ticket modérateur" conduit l'Union à aborder les "petits risques", dans LE contexte de développement croissant de la prophylaxie :

> "*L'Assurance sociale n'a pas d'importance pour les petits risques. La maladie qui dure 2 jours, ou même dont la durée ne dépasse pas 8 à 15 jours, n'apporte pas, dans les familles, une très grande perturbation. Ce n'est pas une grippe banale, une angine simple, qui méritent d'être assurées. Ce qui doit être assuré c'est le risque important : la maladie qui durant plus de 10 ou de 15 jours, ou nécessitant des interventions coûteuses, dépasse les ressources du malade et obère son avenir. Or, les abus, les vrais abus, ne sont-ils pas ceux qui proviennent des "cas bénins" ?*"[373].

Au "ticket modérateur", l'Union préfère ainsi la suppression des "petits risques" (qui sont les plus fréquents) du champ de l'assurance, les faisant ainsi tomber dans le champ de l'exercice de la "clientèle ordinaire", restreignant d'autant l'impact des assurances sociales sur l'exercice médical. L'Union admet d'ailleurs paradoxalement que le système du "ticket modérateur" pourrait être efficace - si son montant est suffisant -, en se basant sur l'expérience lyonnaise où celui-ci est vigueur dans le cadre des sociétés de secours mutuel : "*Nos confrères lyonnais sont très attachés au ticket modérateur, nous devons tenir compte de leur expérience. Elle est déjà longue. Elle est, disent-ils, satisfaisante. [...] Il s'agit là, on le voit d'un frein aux abus de visites. Ce "frein" est réel dans le contrat lyonnais, car le malade débourse une somme suffisante.*"[374] Ce n'est donc pas seulement dans le but de limiter les abus que l'Union agit, mais également pour préserver au maximum un mode d'exercice libéral et laisser une part de l'activité en dehors de l'assurance.

3.4.2.4. La réforme du système hospitalier

Un troisième point de débat concerne le système hospitalier qui, selon l'Union, et faisant écho au projet Grinda, doit être réformé pour mieux s'adapter au système des assurances sociales. La critique de l'hôpital est pour le moins sévère.[375] L'USMF considère que pour l'administration, l'hôpital français doit rester une maison

373 Ibid., p. 655.
374 Ibid., p. 654.
375 Ibid., p. 602.

de soins pour pauvres, une institution charitable. Les réformes hospitalières seraient insuffisantes et inadaptées aux assurances sociales. L'Union regrette que l'hôpital en soit encore aux salles communes, *"à cette sorte d'usine où l'on fournit à bas prix une camelote pour bourses modestes."*[376]

Les termes employés - "à bas prix" - peuvent être entendus comme une basse rémunération des médecins. L'Union fait ici très certainement référence à ce qu'elle appelle le "tout compris", appliqué dans le cadre des accidents du travail. Selon ce principe, le tarif de la prise en charge effectuée en milieu hospitalier a pour but de dédommager l'hôpital de l'ensemble des frais engagés lors des soins d'un accidenté du travail, consultation du médecin incluse. Autrement dit, il n'existe pas de tarif spécifique à la consultation médicale en milieu hospitalier. Selon l'Union, il en résulterait que bon nombre de médecins exerçant à l'hôpital ne percevraient pas d'honoraires, ce contre quoi les syndicats médicaux vont bien sûr livrer bataille. A noter encore le parallèle effectué entre le prix et la qualité des soins, qui se rattache au principe relativement discutable selon lequel plus un médecin est rémunéré plus il effectue une prise en charge de qualité.

Mais la réorganisation hospitalière s'intègre dans processus plus large de médicalisation de la société. Comme le précise Anne Rasmussen dans un article sur "*l'histoire de l'hôpital en France*" : "*La relation entre médicalisation et professionnalisation est [...] manifeste dans l'implantation progressive du corps médical à l'hôpital, et dans ce qui peut être interprété comme la conquête par les médecins du pouvoir hospitalier.*"[377] Une nouvelle fois, il semble s'agir d'un enjeux de pouvoir. Elle ajoute, quelques lignes plus loin : "*La professionnalisation accompagne le développement de l'hôpital en entreprise, qui dessine les contours d'un système à la fois économique et hautement technique [...].*"[378] Cet enjeu de la position du médecin à l'hôpital se conçoit donc selon deux axes que l'on retrouve dans l'action syndicale : technique et économique. En effet, toute la question est de savoir comment rémunérer des médecins dont la présence à l'hôpital se généralise pour des raisons techniques et dont le travail diffère sensiblement de la consultation libérale. Il n'est dès lors pas étonnant de voir l'Union revendiquer le contrôle technique (s'opposant en quelque sorte au contrôle administratif), mais également économique au travers des honoraires, en ce qui concerne la prise en charge hospitalière des futurs assurés sociaux. Concernant ce second point, Micheline Louis-Courvoisier précise que "*les modalités concrètes de la rémunération médicale sont révélatrices du rôle et de la fonction du médecin au sein d'une collectivité, des enjeux de symétrie entre les malades et les soignants, des liens intra et extraprofessionnels. Le comportement face aux honoraires révèle une volonté de distinction entre médecins "éduqués" et soignants irréguliers ; les modalités de*

376 Idem.

377 Rasmussen, Anne, *Histoire de l'hôpital en France*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, p. 69.

378 Idem.

paiements signalent certains enjeux de la relation thérapeutique ; et les critères de facturation informent sur la conception que les médecins se font de leur profession." La stratégie syndicale sur la question des honoraires hospitaliers est donc révélatrice du processus de professionnalisation, et ce au-delà même des établissements de santé.

C'est finalement Henri Hatzfeld, dans son ouvrage intitulé *Du paupérisme à la Sécurité Sociale 1850 - 1940*, qui synthétise les déterminants de l'action du corps médical face au développement des assurances sociales :

> "*Ce qui fait la spécificité du problème des médecins c'est que la loi touche à la détermination de leurs revenus : précisément, il s'agit pour eux comme pour les petits patrons des gênes, des entraves qu'une législation sociale peut imposer à des activités professionnelles qui se sont développées d'abord dans un cadre plus libéral, dans le cadre traditionnel de la petite entreprise. Qu'il s'agisse d'une réglementation pesant sur les salaires ou d'une réglementation pesant sur les honoraires des praticiens, de toute façon il s'agit de l'adaptation difficile des petites institutions productives à une situation nouvelle créée par une vaste réglementation conçue d'abord pour les grandes entreprises.*"[379]

3.4.3. L'influence du projet de loi sur le syndicalisme médical

3.4.3.1. La stratégie du Dr Lafontaine

Force est de constater que ce projet de loi est bien loin de donner satisfaction au corps médical. Pour autant, quelle position peuvent adopter les médecins ? Peuvent-ils s'opposer à la loi et ignorer purement et simplement le principe des assurances sociales ? Sur ce point, le Dr Lafontaine, secrétaire général de l'Union, est catégorique : "*Tel n'est pas notre avis.*"[380] Il considère que méconnaître un problème n'est pas le résoudre. Ce serait, d'autre part, se placer pratiquement sur une position de résistance désastreuse. Il est, pour lui, hors de doute que l'assurance est dans la logique des choses, et qu'il est banal de constater l'évolution vers le groupement de consommateurs et de producteurs. Selon le Dr Lafontaine cela correspond à des nécessités, à une psychologie amenée par ces nécessités.[381]

Le syndicalisme médical en est d'ailleurs une des expression. C'est ainsi que le Dr Lafontaine ajoute : "*Et c'est nous Syndicats, expression de ce courant social, qui refuserions de "reconnaître" les collectivités ?*"[382] Pour lui, les assurances

379 Hatzfeld, Henri, *Du paupérisme à la Sécurité Sociale 1850 - 1940*, Nancy : Presse universitaire de Nancy, 1989, p. 289.
380 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 603.
381 Idem.
382 Idem.

sociales, tous comme les syndicats - médicaux en particulier -, sont donc l'expression d'un même courant social visant les individus à former des groupements dans le but de se protéger. Nier les assurances sociales reviendrait donc à nier le syndicalisme médical : "*C'est donc la méconnaissance du syndicalisme médical, la méfiance envers lui qui s'exprime dans ce paradoxe : ignorer les collectivités. Cette méfiance qui va jusqu'à nier la valeur du syndicat [...].*"[383]

Le Dr Lafontaine explique ce paradoxe.[384] Pour lui, il procède de la peur du progrès, dans un moment de l'histoire où les "vieilles formules" ne seraient plus à même de résoudre les problèmes du présent. Mais le temps est passé où le syndicat était en terrain favorable aux visées politiques ou à la satisfaction d'ambitions personnelles. Le syndicalisme a devant lui d'autres problèmes qu'il doit résoudre. Et ce serait là, selon le Dr Lafontaine, la raison profonde de la nécessité pour le syndicalisme de reconnaître les collectivités, de traiter avec elles. Il aurait besoin d'elles. Pour lui, il faut se placer sur le terrain économique. De même que la conception de l'isolement serait vieille et répondrait à un phase très ancienne de l'évolution sociale, de même elle répondrait à une conception ancienne et périmée de l'évolution technique. Le temps où le médecin pouvait être isolé, où il pouvait suffire à tout, où il pouvait réunir en lui toute la technicité de son métier serait révolu. Le progrès va vite ; le domaine médical s'est agrandi. Pour les syndicalistes, on ne pourrait plus exercer la médecine comme autrefois ; on ne pourrait plus se passer d'une collaboration nécessaire au diagnostic et au traitement. Mais cela coûte cher en installations de laboratoires, de radiologie, dans des centres où l'on réunit les éléments d'un diagnostic complet. Quand bien même un médecin pourrait apprendre à manier tous les instruments dont il aurait besoin, le financement ferait probablement défaut. Selon le secrétaire général de l'Union, seul l'Etat et les collectivités sont capables de fournir ces moyens techniques. Toutefois, pour les syndicats médicaux, il faut à tout prix éviter le fonctionnariat, en créant dans les collectivité et l'Etat des cadres syndicalistes, c'est-à-dire en organisant la production de soins par le corps médical lui-même. Ainsi les médecins entendent prendre possession de ses instruments de travail. Pour cela, le Dr Lafontaine estime qu'il ne faut pas ignorer les collectivités, mais traiter avec elles, en s'appuyant sur la force technique des médecins et sur l'opinion publique.[385]

Ce point de doctrine syndicale est absolument fondamental, et ce pour plusieurs raisons. La première est qu'elle va être la source de vifs débats et de divisions au sein du syndicalisme médical, qui seront lourds de conséquences sur l'avenir des assurances sociales. En effet, un certains nombre de syndicalistes vont peu à peu s'éloigner de la doctrine du Dr Lafontaine, pour s'opposer de plus en plus directement au principe même des assurances sociales et défendre notamment le "paiement direct" sur lequel nous reviendrons. La seconde est que cela met en

383 Ibid., p. 604.
384 Ibid., p. 604 - 605.
385 Idem.

lumière la dépendance du corps médical vis-à-vis de l'Etat (et des collectivités en général) alors même que les médecins souhaitent préserver leur autonomie. Cette dépendance revêt deux aspects, partiellement intriqués : économique, d'une part, et "politique" (dans son sens le plus restrictif, à savoir une lutte de pouvoir), d'autre part. D'un point du vue économique, comme le souligne le Dr Lafontaine, le corps médical ne dispose pas des ressources nécessaires pour permettre aux malades de bénéficier de tout le progrès médical dans le cadre des assurances sociales.

Cela nous amène naturellement à l'aspect plus politique de la question. L'Union, indiscutablement, cherche à obtenir une position de premier plan dans le système des assurances sociales, en se basant sur l'argument de l'expertise technique inhérente à l'exercice médical. Autrement dit, les médecins seraient les seuls à avoir les compétences pour organiser ce système d'assurance d'un point de vue technique et c'est en ce sens que leur rôle serait crucial. Bien sûr, en voulant servir ce système, le corps médical - au travers du syndicalisme - cherche également à défendre ses intérêts (économiques, sociaux, politiques, etc.). Mais l'Union ne peut ignorer une chose : seul l'Etat peut garantir ces intérêts - et notamment le monopole des soins - au corps médical, via l'appareil législatif. S'opposer aux assurances sociales reviendrait inévitablement à s'opposer à l'Etat, faisant couvrir au corps médical le risque de voir cette "protection" s'effriter et sa position sociale se fragiliser.

3.4.3.2. Les premières divisions au sein de l'Union

Les divisions au sein de l'Union remontent aux origines mêmes des débats sur les assurances sociales. Même si elles se sont intensifiées au fil des années, elles sont un des moteurs du syndicalisme médical. Bien que l'Union ait tenté de les minimiser, pour ne pas créer de brèches favorables aux "opposants"[386] du syndicalisme médical, on serait tenté de dire, qu'en tant que moteur du syndicalisme, elles pourraient remonter aux origines mêmes de celui-ci.

Mais si nous devions chercher un début aux divisions internes dans le cadre des assurances sociales, c'est bien l'année 1921, consécutivement à la publication du projet de loi du gouvernement la même année, qu'il faudrait retenir. C'est ce que souligne d'ailleurs indirectement Georges Battesti, dans l'une des rares thèses écrites sur l'histoire du syndicalisme médical : "*De sa reconnaissance officielle en 1892, à 1921, le syndicalisme médical ne connaît pas de remous particuliers.*"[387]

386 Pas "opposants", il faut entendre opposants à la doctrine syndicaliste du Dr Lafontaine et non pas opposants au syndicalisme médical en général, dans la mesure où des syndicats "dissidents" vont se former par la suite à la faveur de divisions internes à l'Union.

387 Battesti, George, *Historique du syndicalisme médical en France*, thèse, Paris, 1979, p. 29.

3.4.3.2.1. Les débats internes au sujet du forfait et des tarifs

Les premières divisions se cristallisent autour du forfait et du tarif à la visite (problématique également d'actualité en ce qui concerne le "tout compris" des médecins hospitaliers[388]). En décembre 1920, lors de l'assemblée générale de l'Union, le Dr Jaulin d'Orléans exprime son étonnement "*voyant que la plupart des orateurs ont semblé préconiser une concession de tarif aux caisses d'assurance maladie. J'estime que nous ne devons faire aux caisses d'assurances maladie aucune concession sur les tarifs syndicaux.*"[389] Ceci fait écho au scepticisme de certains médecins d'Alsace-Moselle en ce qui concerne le tarif à la visite, repris ici dans les propos du Dr Specklin : "*Si l'on vient dire : "Nous voulons le libre choix à la visite" sans plus d'explication, on demandera : "Combien cela coûtera-t-il par an ?" Ce sera une défaite pour faire un contrat. Si, au contraire, l'Union des syndicats médicaux dit : "Nous prendrons tant par tête d'assuré", cet argent sera versé aux syndicats régionaux, qui payeront les médecins traitants.*"[390] En Alsace-Moselle, les médecins préconisent donc une sorte d'intermédiaire entre le forfait et le tarif à la visite, ce à quoi les médecins de la "France de l'intérieur" semblent s'opposer, argumentant, qu'en cas d'épidémie, les médecins seraient mal payés (ou du moins ne seraient pas payés d'avantage)[391]. N'allons pas croire qu'ils sont opposés au tarif à la visite, mais leur expérience de l'assurance maladie leur fait penser que jamais l'Etat n'acceptera un mode de paiement des médecins dont le coût est variable et imprévisible, au risque de mettre en péril l'équilibre financier du système d'assurance. La moins mauvaise solution semble donc être une sorte de "*tarif à la visite à l'intérieur du forfait*"[392]. Inutile de dire que la question va susciter de vives oppositions au sein de l'Union.

Les premières divisions au sujet des assurances sociales opposent ainsi - c'est peut-être un bien grand mot - les syndicalistes d'Alsace-Moselle à ceux de la "France de l'intérieur". Les premiers souhaitent conserver le système en vigueur dans leurs régions, système dont les seconds pointent les défauts (notamment les modalités de rémunération des médecins) en souhaitant qu'il soit remplacé par la nouvelle loi sur les assurances sociales. Nous pouvons à ce sujet rappeler les propos du Dr Schmidt, du syndicats de Lorraine, cités précédemment, et critiquant vivement le portraits - relativement négatif - des assurances sociales en Alsace-Moselle, dressé par les Drs Lafontaine et Quivy. Le conflit interne est clairement

388 L'Union obtiendra en 1923 un accord de principe sur la suppression du "tout compris" dans le cadre des accidents du travail (USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1923, p. 89) ainsi que la possibilité pour les chirurgiens de percevoir des honoraires dans le cadre de la loi des pensions (USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1923, p. 201).
389 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1921, p. 68.
390 Ibid., p. 64.
391 Idem.
392 Ibid., p. 599.

exprimé dans un débat en 1922 au sein de l'USMF entre le Dr Decourt de l'Union et des délégués d'Alsace-Lorraine :

> "*Nos confrères alsaciens, puis lorrains, ont demandé avec nous la suppression du forfait. C'est donc que jusqu'à présent ils le tolèrent.*
>
> *Ceci ressort non seulement des paroles reproduites ci-dessus, mais de la discussion qui a suivi.*
>
> *Decourt s'était en effet mépris. "Nous venons, dit-il, d'entendre le plaidoyer de nos confrères d'Alsace et de Lorraine en faveur du forfait…"*
>
> *"Jamais !" Interrompt le Dr Werner.*
>
> *"Mais non !" appuient les délégués d'Alsace et de Lorraine*
>
> *DECOURT… "Disons, si vous préférez, en faveur du forfait donné par les caisses locales aux syndicats médicaux, mais c'est toujours un forfait déguisé."*
>
> *"Je n'ai pas dit un mot du forfait" interrompt un des orateurs précédents, délégué d'Alsace ou de Lorraine.*"[393]

Pourtant, voici les propos du Dr Werner :

> "*Logiquement, il doit exister un <u>forfait</u> dont la valeur permettrait aux syndicats de payer à la vacation les honoraires réclamés par ses membres ; ce serait là une solution élégante du conflit qui sérieusement menace notre avenir. A la fois, elle libérerait les caisses du spectre tant redouté des honoraires médicaux à l'infini, et satisferait notre conception sur la rémunération proportionnée au travail.*"[394]

La plus grande confusion semble donc régner au sujet des modalités de rémunération des médecins. Le syndicalisme apparaît partagé entre le rejet de toute rémunération au forfait et la crainte de ne pas pouvoir obtenir une telle revendication. Par ailleurs, et comme le sous-entendait précédemment le Dr Schmidt, une partie des médecins d'Alsace-Moselle semble satisfaite, en l'état, du système d'assurance, qui assure l'existence de bon nombre d'entre eux. Véritable solution à la question du forfait ou pis aller accepté à contre coeur, il est difficile de répondre précisément. On ne peut nier que le forfait puisse apporter au médecin une rémunération stable et, par conséquent, une meilleur sécurité financière ; ce qui est un avantage, assurément.

Comme le souligne le Dr Renon, tous les débats au sein de l'Union semblent tourner autour du tarif : "*Lafontaine a sauvé la situation et pour ne pas toujours parler tarif, il a parlé surtout organisation de soins, mais, en fin de compte, cette organisation des soins se résumait, elle aussi, à discuter non seulement les tarifs des visites et des consultations où voulait nous cantonner le gouvernement, mais encore toutes les interventions possibles du médecin.*"[395] La question de la

393 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1922, p. 44.
394 Ibid., p. 43. Passage souligné par nous.
395 Ibid., p. 45.

rémunération des médecins est en effet cruciale, car c'est un intérêt majeur de la profession que le syndicalisme entend défendre. Mais cette question se décline en réalité sous deux formes : comment les médecins vont-ils être payés (au tarif ou à la visite) et par qui les médecins vont-ils être payés (caisse, syndicat, patient) ?

C'est avant tout le première question qui va initialement intéresser l'Union. Elle s'attache principalement au niveau de rémunération. Il s'agit finalement de savoir quel mode de paiement des honoraires (forfait ou tarif à la visite) est le plus rémunérateur et pour qui. En effet, le forfait ne dépend pas de la charge de travail effectuée, mais assure une rentrée d'argent constante et évite les consultations abusives. Il a l'inconvénient de conduire à un contrôle plus important des caisses sur les médecins, puisque le médecin, individuellement, n'est pas maître de sa rémunération et doit se plier au forfait des caisses. Le tarif à la visite, quant à lui, se rapproche d'avantage de la conception libérale défendue par l'Union, selon laquelle, notamment, le médecin travaillant le plus sera le mieux rémunéré, mettant inévitablement en difficulté les médecins ayant une faible patientelle, à savoir les jeunes médecins récemment installés (et peut-être moins syndiqués). Le forfait semble ainsi répondre à deux difficultés économiques du médecin au début du XXè siècle, à savoir ce que Micheline Louis-Courvoisier décrit comme la difficulté que "*pour un grand nombre de médecins, la fluctuation de la clientèle et les honoraires impayés rendaient les charges salariées attrayantes.*"[396] Le tarif à la visite a l'inconvénient de permettre des visites abusives par certains médecins "marrons"[397], au détriment des finances des caisses et au détriment de leurs confrères. Les médecins d'Alsace-Moselle, forts de leur expérience en la matière, résument très bien cette problématique, par la voix du Dr Giss :

> "*Les raisons de ces discussions éternelles [au sujet des tarifs et du forfait, NDLR] sont faciles à déduire du rapport de M. Grad : c'est que les caisses prétendent que le tarif à la visite finit tôt ou tard par les conduire à la faillite, par l'augmentation abusive des dépenses, due à l'hyperactivité intéressée de certains médecins. Et, on ne peut nier qu'il y ait eu de cela beaucoup d'exemples !*
>
> *Les syndicats médicaux, tout en gardant leurs préférences pour le tarif à la visite ont donc été amenés, dans beaucoup de cas, à s'accommoder d'une combinaison des deux systèmes en présence, c'est-à-dire d'un tarif forfaitaire - suffisamment élevé, - avec une répartition de la somme entre les médecins syndiqués, au prorata du travail effectué et par l'intermédiaire du syndicat !*"[398]

Force est de constater que les divergences sont nombreuses au sein du corps médical quand il s'agit de savoir quel système est le plus avantageux

396 Louis-Courvoisier, Micheline, op. cit., 2012, p. 96.
397 Terme employé à l'époque pour désigner les médecins malhonnêtes, notamment ceux abusant du système d'assurances sociales.
398 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1922, p. 176.

financièrement. C'est ce que semble montrer les propos de la Fédération des Syndicats Alsaciens, repris par le Dr Lafontaine :

"*Vous craignez, si nous substituons le libre choix à l'organisation actuelle, de voir sacrifier vos intérêts et de subir des pertes. Vous craignez, qu'avec l'institution du libre choix, la clientèle qui vous est actuellement acquise, en quelque sorte par force, ne vous reste pas intégralement. Eh bien, combien vous payaient annuellement les Caisses ? Quel est le montant de votre fixe*[399] *? Le médecin répondait en donnant la somme qu'il avait touchée pendant la dernière année.*

La Fédération d'Alsace garantissait alors à ce médecin, et pendant trois, ans, qu'avec le nouveau système du libre choix, il toucherait une somme au moins égale au salaire annuel de la dernière année d'exercice qui précédait l'institution du libre choix. [...]

Quelles ont été les conséquences financières, pour la Fédération d'Alsace, de ces engagements ?

A peu près nulles. Les frais ont apporté à nos confrères la preuve de ce qu'ils avançaient, à savoir qu'avec le nouveau système, c'est-à-dire le libre choix et le contrat collectif, chaque médecin touche d'avantage que ne touchait autrefois le médecin salarié des caisses, avec son "fixe"."[400]

Inutile de préciser que ces affirmations sont invérifiables et que beaucoup de médecins les contestent à l'époque. L'avantage financier de l'un ou de l'autre mode de rémunération semble dépendre de nombreux paramètres liés au mode d'exercice du médecin ; raison pour laquelle aucun des deux systèmes ne peut contenter l'ensemble du corps médical, d'où la naissance de certaines divisions.

L'autre question, nous l'avons dit, est de savoir qui va payer les médecins. Sous entendu que c'est celui qui paye qui contrôle et qui a donc le pouvoir. Ainsi, comme le souligne Henri Hatzfled : "*Il était évident que dans le cadre d'une quelconque assurance-maladie - socialisée ou non - l'assureur ne pouvait s'engager à prendre à sa charge ou à rembourser des frais médicaux déterminés en dehors de lui par la volonté du praticien.*"[401] L'enjeu est ainsi déterminant pour l'autonomie du corps médical et la liberté des médecins, et semble d'ailleurs surpasser le simple intérêt financier. C'est le contrôle par les caisses (et donc le pouvoir des caisses), qui apparaît le plus menaçant aux yeux de l'Union qui souhaite mettre ce contrôle entre les mains des syndicats de médecins, comme le souligne René Lafontaine :

"*Acceptons que les conditions dans lesquelles s'exerce la médecine privée rendent inutile un contrôle. Est-il possible en matière de médecine publique, dans le moment où nous sommes, de réaliser les conditions de la médecine privée ? Les faits répondent : Le tarif Dubief, parce qu'il était insuffisant, parce qu'il permettait toutes les chicanes, rendait difficile et*

399 Terme parfois employé pour désigner le forfait.
400 Ibid., pp. 342 - 343.
401 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 290.

illusoire le contrôle. Conséquence : abus de part et d'autre. [...] Un contrôle est inévitable : un contrôle est nécessaire. Le tout est d'en déterminer la forme. Nous avons le choix : ou le contrôle sera administratif, c'est-à-dire fait par les autorités locales, le préfet, ou il sera technique, c'est-à-dire fait par le syndicat[402]*."*[403]

La médecine sociale rend donc indispensable les contrôles, parce qu'il faut une maîtrise des dépenses. Dans le cadre d'une telle limitation, les médecins craignent que leur rémunération insuffisante génère des abus (augmentation des actes). Face à cette problématique les réponses divergent. L'Union propose : "augmentons les tarifs", et les caisses rétorquent : "imposons le forfait". Ce sont bien deux solutions au même problème, mais la première solution met le pouvoir entre les mains des médecins (ou plutôt des syndicats médicaux) quand la seconde le met dans celles de l'administration et des caisses. L'Union ne semble pas avoir pour but ultime de limiter les abus, mais plutôt d'utiliser habilement ce problème pour assurer son contrôle sur le système des assurances sociales. Toutefois, limiter les abus renforce également la crédibilité du corps médical. Par ailleurs, pourquoi ce contrôle devrait-il obligatoirement revenir aux syndicats médicaux ? Parce que, selon l'Union, un contrôle efficace ne peut être que "technique", par opposition au contrôle administratif : le premier permet une souplesse indispensable à l'exercice médical, que ne permet pas le second trop enfermé dans la rigidité bureaucratique. Une autre raison est sans doute que le corps médical est détenteur d'un savoir qui seul permet un contrôle pertinent. Par contrôle "technique" on peut ainsi comprendre le contrôle par le médecin en tant que technicien et expert du domaine médical.

Le mode de rémunération des médecins n'est donc pas uniquement une fin en soi, car elle est en lien direct avec la question du contrôle et donc du pouvoir. La rémunération des médecins est bien source de pouvoir, au-delà même de celui apporté simplement par la puissance financière, par le recherche d'un auto-contrôle de celle-ci par le corps médical. Finalement, Micheline Louis-Courvoisier résume très bien en quoi le développement des assurances sociales à modifié la façon dont le corps médical percevait le paiement des honoraires :

"*Les assurances sociales avaient en ligne de mire le contrôle des coûts sanitaires en fixant notamment la tarification des honoraires. La récompense n'était plus liée à un contrat individuel entre un soignant et un malade, ni même à une volonté corporatiste. La professionnalisation des soins et la médicalisation de la société l'ont désincarnée et uniformisée. La rémunération a quitté le registre relationnel pour devenir une question collective. C'est moins la personne du médecin que la figure médicale dans la société qui est en jeu, les honoraires étant devenus un enjeu entre une corporation et la collectivité, et non plus entre le médecin et le malade.*"[404]

402 Le Dr Lafontaine fait ici référence aux syndicats médicaux.
403 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1922, p. 292 - 293.
404 Louis-Courvoisier, Micheline, 2012, op. cit. pp. 96 - 97.

3.4.3.2.2. Du contrôle syndical à la “tyrannie” syndicale

Pour bien comprendre la stratégie syndicale de l’époque, il faut avant tout comprendre ce que les médecins syndicalistes cherchent réellement à défendre et ce qu’ils entendent par les “intérêts du corps médical”.

Nous l’avons vu, tous les questionnements autour des assurances sociales semblent être reliés, de façon plus ou moins directe, à la rémunération des médecins et au contrôle de celle-ci. Nous avons vu également dans quelle mesure ce contrôle était un des déterminants du pouvoir de la profession et de l’identité médicale.

De l’analyse que nous avons menée jusque ici, il ressort que le syndicalisme médical défend avant tout le pouvoir médical sous ses différents aspects : rémunération, autonomie du corps médical, liberté individuelle des médecins, et même savoir médical[405]. Ceux-ci deviennent finalement la source des revendications suivantes : tarif à la visite, libre choix, refus de la fonctionnarisation, contrôle du système d’assurance sociale par le corps médical, réorganisation du système hospitalier[406].

Mais le syndicalisme médical, personnifié par l’Union, va se heurter à une difficulté de taille : à vouloir mettre le contrôle entre les mains des syndicats, il se heurte à la liberté individuelle du médecin. De là va naître ce que certains médecins appellent la “tyrannie syndicale”, autour de laquelle vont également se cristalliser bon nombre de divisions futures.

Comment l’Union va-t-elle alors défendre ses revendications, tout en composant avec ce paradoxe ? La stratégie du Dr René Lafontaine, est on ne peut plus claire : l’union fait la force. Il faut s’efforcer de faire disparaître toute division au sein du corps médical afin de ne pas laisser paraître de brèches par lesquelles l’administration, les caisses ou l’Etat pourraient s’imposer au corps médical.

De là découle la question suivante : comment fédérer le plus de syndicats locaux et donc de médecins au sein de l’Union ? En faisant de l’USMF l’élément incontournable du système d’assurances sociales en dehors duquel nul médecin ne pourrait participer à la médecine sociale. Le Dr Lafontaine en est convaincu, l’évolution vers la médecine sociale est inévitable, et pour que les intérêts du corps médical soient respectés, tous les médecins doivent s’unir ; par la “contrainte” si nécessaire, au travers du “contrat collectif” :

> “*Je ne suis pas partisan du syndicalisme légalement obligatoire, mais on ne peut pas faire un contrat pour des gens qui ne sont pas membres de la collectivité qui contracte. Le syndicat est responsable, il s’engage à des sanctions, il accepte des responsabilités, mais je ne crois pas qu’il puisse*

405 Il apparaît à de nombreuses reprises que l’Union aborde la question de l’enseignement de la médecine, selon elle remise en cause par les lois sur les assurances sociales.

406 Pour y intégrer le libre choix et un tarif à la consultation en luttant contre le “tout compris” et pour défendre un enseignement médical de qualité qui y est dispensé.

accepter des responsabilités pour des gens qui sont en dehors de lui. Le syndicat ouvre sa porte largement aux gens honorables, les gens honorables n'ont qu'à venir au syndicat. [...] Donc, à mon avis, sans demander le syndicat obligatoire, on doit s'en tenir à ceci : "Le Syndicat ne contractera que pour les membres du Syndicat, qui feront partie intégrante du Syndicat. Il se passera, dans une certaine mesure, ce qui se passe en Alsace, c'est-à-dire que quand vous avez un membre pourri dans la famille, vous le mettez de côté, il sera obligé de s'en aller et même de disparaître de la profession. Il est délicat de parler de ces choses-là, mais si cette sorte de moralisation professionnelle n'est pas faite par la profession, qui la fera ? Est-ce la justice ? Or, on nous signale des scandales fantastiques, que la justice a l'air de vouloir protéger." "[407]

Bien qu'en apparence opposé au syndicalisme obligatoire, le Dr Lafontaine ne semble vouloir laisser que peu d'alternatives aux médecins. En défendant le contrat collectif et en mettant la main sur le contrôle de la rémunération des médecins, l'Union, en la personne de René Lafontaine, tente d'obliger les médecins à se syndiquer. Pour certains syndicalistes, la question se pose finalement en ces termes : à quoi sert d'échapper au contrôle de l'administration pour tomber dans celui, "tyrannique", de l'Union ? Certains seront alors tenté de claquer la porte de l'Union ; nous y reviendrons.

On peut par ailleurs se questionner sur ce qui différencie le "syndicalisme obligatoire" d'un Ordre. Peu de choses semble-t-il, si ce n'est peut-être le contrôle de l'Etat qui s'exerce sans doute plus facilement sur le second que sur le premier. Mais à en croire l'engouement futur des syndicats médicaux pour la création d'un ordre, cet enjeu ne semble - pour l'heure - pas au premier plan.

L'avenir nous montrera finalement que la meilleure façon de diviser le corps médical semble être de le forcer à s'unir. Les divisions de plus en plus nombreuses finiront par aboutir à une scission au sein de l'Union, sur laquelle nous reviendrons plus loin. Est-ce cette "erreur" stratégique qui coûtera sa place au Dr Lafontaine au secrétariat de l'Union en 1922 ? C'est une des causes possibles, mais toujours est-il qu'il restera un personnage influent dans les débats à venir autour des assurances sociales.

C'est également dès 1922 que vont apparaître les premières oppositions entre René Lafontaine et une autre figure centrale du syndicaliste médical, le Dr Paul Cibrie, président de l'influent Syndicat des Médecins de la Seine (S.M.S.). Le premier est favorable à une participation active du corps médical à la construction de la médecine sociale, sous la protection du contrat collectif. Le second, quand à lui, s'oppose fermement au principe du contrat collectif, même s'il ne croit pas possible d'ignorer purement et simplement les assurances sociales : "*Le contrat collectif a peut-être pour le médecin quelques avantages dans l'ordre pécunier - ce n'est pas*

407 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1922, p. 291.

sûr - mais il a des défauts et des inconvénients majeurs dans l'ordre de la pratique honorable de notre profession qui doit rester libérale. C'est la suppression de l'indépendance du médecin."[408] Mais de quelle indépendance le Dr Cibrie veut-il parler ? De l'indépendance vis-à-vis de l'Union ? Voici quelques propos qui pourraient nous éclairer :

> "*Les Syndicats médicaux peuvent-ils organiser la médecine sociale ? C'est-à-dire diriger les grandes luttes contre la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, le taudis ; réaliser l'assistance médicale dans le cadre de la loi prochaine, etc. ? … Il faut avoir le courage de le dire : à l'heure actuelle, non, trois fois non …. Pour organiser, il faut disposer de ressources nécessaires, et ces ressources doivent être énormes, en argent et en personnel ; il faut posséder de plus une puissance sociale réelle. Les Syndicats médicaux ne possèdent ni les ressources, ni la puissance suffisante.*"[409]

Le Dr Cibrie pense donc que l'Union n'a pas les ressources pour organiser les assurances sociales. De là dire qu'il souhaite plutôt s'affranchir du contrôle de l'Union il n'y a qu'un pas, que le Dr Lafontaine n'hésite pas à franchir : "*Son opposition au contrat collectif est donc "de principe", le contrat collectif n'est en effet qu'un moyen, à peine utilisé jusqu'ici en France. En s'opposant au contrat collectif, le docteur Cibrie s'oppose à la réalisation de la doctrine syndicaliste dont l'objet est précisément de faire du syndicat le pivot de l'organisation de la médecine sociale.*"[410] Ce qui supprime l'indépendance du médecin aux yeux du Dr Cibrie n'est donc pas tant le contrat collectif que le contrôle du syndicalisme représenté par l'Union. C'est finalement ce point de doctrine fondamentale qui déchirera le syndicalisme médical dans les années suivantes.

Certains syndicalistes, réalisant sans doute qu'un contrôle, qu'il soit administratif ou syndical, semble inévitable, tentent de s'opposer radicalement au principe des assurances sociales. C'est le cas du Dr Michon : "*Il y a cependant une [...] solution : c'est l'enterrement du projet de loi dans le grand cimetière où dorment déjà tant de lois inopportunes et mal préparées [...] (Applaudissements).*"[411] Nous verrons que cette solution aura de plus en plus de partisans par la suite. Il s'esquisse ici une radicalisation du positionnement des représentants du corps médical.

Soulignons encore un dernier point. La volonté de l'Union d'organiser un auto-contrôle de la profession médicale sonne comme le prémisse à la création de l'Ordre des médecins. Pour l'heure il n'est pas encore désigné comme tel dans les

---

408 Ibid., p. 1001. Propos du Dr Cirie.
409 Ibid., p. 1000.
410 Ibid., p. 1001. Le Dr Lafontaine parle ici du Dr Cibrie.
411 Ibid., p. 49. Propos du Dr Michon lors de l'Assemblée générale de l'Union des 9, 10 et 14 décembre 1921.

discussions syndicales, à la différences des débats qui auront lieu au milieu des années 1920.

Un autre point va venir renforcer cette évolution. En effet, l'Union, en voulant asseoir son contrôle sur le corps médical dans la cadre des assurances sociales, va se lancer dans une chasse aux médecins malhonnêtes, les "médecins marrons". Elle va ainsi démasquer un certain nombre de scandales médicaux, qui ne vont faire que renforcer la nécessité d'une moralisation de la profession et donc de la création d'un Ordre. Au début des années 1920, l'idée d'un Ordre se base donc sur la problématique des assurances sociales et suit parfaitement la doctrine syndicale portée par René Lafontaine. Elle peut donc être perçue - à cette époque - comme un instrument de contrôle syndical.

3.4.3.2.3. Le différents aspects du contrôle "technique"

Nous l'avons longuement abordé ; les revendications syndicalistes se rattachent toutes, de près ou de loin, à la question du contrôle de la profession médicale. Et cela dépasse le cadre des assurances sociales, pour s'étendre notamment à la loi des pensions, les accidents du travail ou encore l'AMG.

Pour beaucoup de syndicalistes, assurances sociales devient peu à peu synonyme de contrôle - inévitable - du corps médical, comme le remarque en 1923 le Dr Boudin : "*fatalement, l'avenir demandera à chacun des médecins d'aliéner une partie de sa liberté au profit de la collectivité*"[412]. Même si certains souhaitent ignorer purement et simplement cette évolution vers l'assurance, pour préserver leur indépendance, beaucoup la juge inéluctable et s'attachent donc à négocier les modalités d'un contrôle qu'ils devront subir quoi qu'il en soit, plutôt que de discuter le principe des assurances sociales en tant que tel.

Nous ne reviendrons pas sur le rejet du contrôle dit "administratif" par les syndicats, qui relève à présent de l'évidence, mais plutôt sur les modalités du contrôle "technique" préconisé par l'Union. Ces modalités soulèvent un certain nombre de problèmes : le secret professionnel, le tiers payant et le ticket modérateur, ainsi que le montant des tarifs. Le contrôle des médecins par les syndicats pose par ailleurs le problème de la tyrannie syndicale, précédemment abordée.

3.4.3.2.3.1. Le secret professionnel

Le rejet du contrôle "administratif" au profit d'un contrôle "technique" par les médecins eux-mêmes règle déjà partiellement la question en renforçant, selon

412 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1923, p. 128.

l'Union, le secret professionnel. Mais le débat n'est pas clos car, même avec la meilleure des organisations, le secret ne restera que partiel :

"*C'est le contrôle qui pose en matière de médecine sociale, le problème du secret professionnel.*

Le contrôle est, en effet, légitime ; il s'impose dès qu'une collectivité s'introduit entre le malade et le médecin. Il est logique qu'une collectivité qui organise un service de soins contrôle le fonctionnement de ce service.

Le contrôle peut-il s'exercer, en médecine, sans que soit divulguée la cause de la maladie ? Cela paraît de prime abord difficile. Avec le système forfaitaire même, la maladie doit être connue si l'on veut contrôler. Le contrôle n'a pas seulement pour but, en effet, de légitimer la rémunération d'un travail médical. Il vise surtout à vérifier le bon emploi des fonds distribués aux malades ou aux blessés.

Certains médecins voient la solution du problème dans la création d'un contrôle autonome, extérieur au service des soins. Le secret professionnel serait ainsi respecté. Le médecin traitant le garderait. Le contrôle prendrait de ce fait la forme policière ; les agents seraient médecins.

Est-ce une solution ?

D'abord, il faudrait qu'elle soit possible. Elle ne l'est pas. Il est impossible, en effet, de vérifier tous les actes médicaux, ou il faudrait alors presqu'autant de contrôleurs que de médecins traitants. Car il ne suffit pas de contrôler une fois ; il faut contrôler à temps, il faut contrôler souvent. Le contrôle est intimement lié à l'acte médical. Pour qui réfléchit à la complexité de l'assurance sociale, cette solution examinée au seul point de vue matériel est un rêve.

Mais elle a d'autres inconvénients : elle oppose les intérêts. Elle aboutit donc à la chicane. Le contrôle est alors une expertise où les deux parties doivent se défendre, ou tout au moins, en vue de laquelle on se soupçonne. Le médecin traitant dévient l'avocat du malade ; le médecin contrôleur, le juge d'instruction de la collectivité. C'est un jeu désastreux pour tout le monde : pour le médecin, dont l'esprit est prévenu ; pour la collectivité et pour le malade, qui oublient le problème social et en viennent à posséder des mentalités de fraudeurs retors. [...]

Mais - et cela est plus grave encore - il ne garantit pas le secret professionnel ; car le médecin contrôleur n'est aucunement lié. Au contraire, son devoir est de révéler la cause de la maladie. Il doit parler, donner des raisons. L'atmosphère de confiance est détruite : la porte est ouverte à toutes les méfiances, comme à toutes les contestations. La médecine sociale se développe ainsi dans une atmosphère empoisonnée.

Ce système de séparation absolue entre ceux qui soignent et ceux qui contrôlent, entre les médecins "des ouvriers" et les médecins "patronaux" comme on dit (d'ailleurs inexactement) en matière de médecine d'assurance,

d'accidents du travail, aboutit donc à une rupture la plus réelle du secret professionnel, c'est-à-dire à une médecine sans confiance et détestable. Ce contrôle de l'expression de toute une "médecine", une médecine "d'entreprise" financière, où chacune des deux parties se défie de l'autre, quand elle ne cherche pas à l'exploiter."[413]

Secret professionnel et contrôle sont donc indissociables. Le secret, tout en protégeant le patient, limite aussi les contrôles possibles sur le médecin et renforce donc son autonomie et sa liberté individuelle. Et, quand bien même les médecins seraient contrôlés par des confrères "contrôleurs" salariés indépendants du corps médical, ils seraient liés d'une façon où d'une autre à l'administration et seraient contraints de rompre le secret professionnel. Pour le Dr Lafontaine, il ne peut donc y avoir de séparation entre le contrôle et le corps médical, autrement dit il ne peut y avoir de séparation, d'un point de vue du contrôle, entre le corps médical et le syndicat, donc l'Union. Ce contrôle syndical de plus en plus absolu mènera inévitablement à des tensions et divisions internes.

Enfin, il faut sans doute se questionner sur un enjeu plus profond du secret professionnel. Celui-ci n'est-il pas employé ici comme l'argument ultime qui cherche à allier médecins et patients contre l'Etat et les mutuelles dans le refus ultime de tout contrôle ? Cela est probable, si l'on remarque à quel point "l'entente directe", qui s'appuie sur la relation de confiance entre le médecin et le malade, résume à elle seule la quasi-totalité des revendications du corps médical. Nous y reviendrons plus en détails dans la suite de notre travail.

3.4.3.2.3.2. Le tiers payant et le ticket modérateur

Pour ce qui est du tiers payant, la situation n'est pas moins ambiguë. Certes, celui-ci permet de "solvabiliser" d'avantage les patients, mais c'est également un outil visant à compléter le contrôle de la profession médicale. Nous l'avons dit, c'est celui qui paye qui a toute légitimité pour contrôler. Que le patient, lorsqu'il paye directement, puisse exercer un contrôle sur le médecin, n'est pas un réel problème puisqu'il s'agit d'une modalité intrinsèque de la relation médecin-patient basée sur une confiance réciproque. Mais lorsque le paiement se fait par une collectivité, le contrôle lui est transféré et échappe donc à la relation médecin-patient, que la déontologie demande de protéger, mais qui est aussi source de pouvoir pour le médecin.

Il n'est donc pas étonnant de voir éclater de vifs débats à ce sujet. Le projet de contrat collectif, établi par la Commission de médecine pratique de l'Union affirme : "*En cas de consultation entre médecins, chacun d'eux détachera du carnet du malade une fiche sur laquelle il écrira : "consultation avec le docteur ……..". Ces fiches seront envoyées par le médecin, chaque trimestre ou semestre, à la*

413 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1922, p. 620 - 621. Propos du Dr René Lafontaine.

Commission de contrôle. Elles seront épinglées sur ses notes d'honoraires."[414] Cette commission de contrôle sera composée pour moitié de représentants des syndicats médicaux et pour moitié de représentants de l'administration des caisses[415]. Ceci est à mettre en parallèle avec l'article premier de ce même contrat collectif : "*Le service médical de la Caisse d'Assurance [...] est assuré par les membres du Syndicat [...].*"[416]

C'est donc la Commission de contrôle qui va payer les médecins, les soumettant au contrôle de l'administration des caisses - rendant le contrôle "administratif" inévitable - et des syndicats médicaux. Cela va déposséder les médecins du contrôle qu'ils avaient sur leur propre rémunération dans le cadre de la "médecine libre" (avec paiement direct par le patient). L'article premier ne fera d'ailleurs que renforcer la crainte de certains médecins de voir l'Union mettre la main sur tout le contrôle de l'exercice médical, jusqu'au paiement des honoraires des médecins. Certains syndicalistes estiment ainsi que l'USMF outrepasse ici son rôle, qui devrait respecter l'autonomie individuelle des médecins.

Afin de moduler le contrôle de la collectivité sur les honoraires médicaux, certains syndicalistes, notamment le Dr Renon, proposent le "ticket modérateur", ayant pour but affiché de limiter les abus constitués par une consommation excessive de soins que fait peser le tiers payant : "*On peut également prôner cette façon de procéder que nous réclamons, en montrant qu'elle limite la consommation de la médecine. Vous avez vu ce qui se passait en Angleterre où les médecins se plaignent d'avoir trop de malades. On peut donc faire intervenir ici le ticket modérateur du système lyonnais qui intéresse le malade au versement des honoraires. [...] Le tarif à la visite est l'idéal ; il faut y parvenir en usant aussi du ticket modérateur.*"[417] Le ticket modérateur protège donc du forfait de manière directe, mais aussi en limitant les abus en matière de consommation de soin ce qui pourrait être de nature à rassurer suffisamment le législateur, en ce qui concerne le coût des assurance sociales, pour qu'il n'est pas recours au forfait. Mais il redonne également, tout comme le tarif à la visite, un pouvoir, au moins partiel, au médecin sur sa propre rémunération, ce qui constitue une des bases de la médecine libérale.

A noter que la question du montant des honoraires, donc la question des tarifs, n'est pas abordée pour le moment dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. En effet, il est tout à fait probable que les tarifs s'alignent sur ceux de l'AMG ou des accidents du travail, et c'est donc sur ces derniers que l'Union focalise la lutte syndicale en demandant de régulières réévaluations.

414 Ibid., p. 780. Projet de contrat collectif, article 4.
415 Ibid., p. 782. Article 11.
416 Ibid., p. 779. Article 1.
417 Ibid., p. 46 - 47. Propos du Dr Renon.

3.4.3.2.4. Pour ou contre le contrat collectif

La question des contrats va animer la très grande majorité des débats au sein de l'Union au cours de l'année 1923. Nous avons déjà abordé certains enjeux de cette question. Il s'agit à présent d'étudier son impact sur le syndicalisme et sa structure, au travers des divisions qu'elle va engendrer.

Il y a, de façon évidente, deux tendances qui vont émerger au sein de l'Union : pour ou contre le contrat. La première se subdivise en partisans du contrat collectif (nettement majoritaires) et partisans du contrat individuel (très faiblement représentés). La seconde se scinde en partisans des assurances sociales (majoritaires initialement) et opposants à ce système. Nous allons analyser successivement l'argumentaire des différents groupes syndicalistes, ainsi que les enjeux de ces différents modes de collaboration (ou de non collaboration) aux assurances sociales.

Concentrons-nous tout d'abord sur les partisans du contrat collectif, qui sont, de fait, favorables aux assurances sociales. Il sont menés par le Dr Lafontaine, hardant défenseur de cette stratégie syndicale, pour des raisons plus ou moins clairement affichées.

Celui-ci affirme qu'il ne peut y avoir de salut pour le corps médical en dehors du contrat collectif :

> *C'est le moyen de permettre à une collectivité de déterminer, vis-à-vis d'un particulier ou d'une autre collectivité, les conditions du travail du médecin ; c'est le débat en commun, dans une organisation syndicale, des conditions de travail. En dehors de lui, qu'y a-t-il ? Il y a le patron qui vous donne une place dans son usine à soins ; il y a l'administration qui vous fait passer un concours et fait de vous un fonctionnaire. En dehors de cela encore, il n'y a que compétitions d'intérêts.*"[418]

Il s'agit donc d'un contrat passé par - au moins - tous les médecins syndiqués, d'où le terme de "collectif", mais il implique en ce sens la domination de l'Union sur le corps médical, ce que tous les médecins n'acceptent pas.

Il faut noter que les médecins d'Alsace-Moselle y sont favorables, l'utilisent d'ailleurs déjà, et prétendent que sans lui, le corps médical aurait été conduit au fonctionnariat et à la ruine :

> "*Nous le défendons [le contrat collectif, NDLR], [...] parce que nous le connaissons et savons que c'est lui qui nous a sauvés de l'asservissement ou du fonctionnariat. Sans lui, nous marchions à notre ruine. [...] Beaucoup d'entre vous [...] refusent le contrat collectif parce qu'ils espèrent, sans lui, garder leur indépendance ; ils se trompent : leur indépendance ne peut être conservée que par le contrat collectif.*"[419]

418 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1923, p. 112.
419 Ibid., p. 121. Propos du Dr Muller de Strasbourg.

Il existe, par ailleurs, un certain nombre de formations syndicales favorables au contrat collectif, mais avec certaines réserves portant sur des aspects variés, qu'il serait trop fastidieux de détailler ici. Il ressort toutefois deux tendances principales : pour le contrat collectif sans tiers payant (le contrat collectif pourrait dans ce cas être un moyen de garantir l'absence de tiers payant) ; pour le contrat collectif mais sans obligation. Les principales réserves exprimées semblent encore une fois provenir de la crainte d'un contrôle trop important sur le corps médical.

Abordons ensuite le contrat individuel. Certains médecins au sein même de l'Union n'y sont pas hostiles, car il replace le médecin individuellement au centre de la question des assurances sociales et le libère du contrôle syndical, certains disent de la "tyrannie syndicale". Mais ce type de contrat, auquel est notamment favorable le patronat, pourrait faire du médecin un salarié ; le contrat individuel s'apparentant alors à un contrat de travail : "*Aussi trouvons-nous, en toute première ligne, parmi les adversaires [du contrat collectif, NDLR], les chefs d'usines dont récemment quelques-uns ont [...] tenté de ressusciter le contrat individuel qui fait du médecin un employé soumis aux ordres du patron.*"[420] Cet écueil de taille fait que peu de médecins semblent y être favorables, si ce n'est peut-être certains médecins en mal de clientèle, notamment les jeunes médecins arrivant juste sur le marché du travail.

Qu'en est-il de ceux, parmi les syndicalistes de l'Union, qui sont opposés au contrat (collectif en l'occurrence) ? Il faut bien le dire, ils deviennent de plus en plus nombreux, menés par le Dr Cibrie, secrétaire général de l'influent Syndicat des Médecins de la Seine. Dans un premier temps, celui-ci n'exprime pas d'opposition franche au principe des assurances sociales, mais souhaite supprimer tout intermédiaire entre le médecin et le patient, en particulier en ce qui concerne le paiement des honoraires qui serait directement effectué par ce dernier. Le syndicat du Rhône partage également cette opinion et envisage d'ignorer purement et simplement l'administration[421]. Pour René Lafontaine, cette lutte contre le contrat collectif s'apparente à une lutte contre les assurances sociales : "*J'ai l'impression que la campagne menée contre le contrat collectif n'a pour but que de créer la confusion, et de nous entraîner, sur le terrain politique, à lutter contre l'assurance sociale.*"[422]

Il est vrai, d'une part, que la ligne de conduite adoptée par le Dr Cibrie, en rejetant le tiers payant et la gestion administrative de l'Etat, remet en cause les principes fondamentaux des assurances sociales[423]. Ceci est d'autant plus vrai que Paul Cibrie affirmait précédemment que l'Union ne disposait pas des ressources nécessaires pour organiser la médecine sociale. Ainsi, en rejetant une organisation

420 Ibid., p. 148. Propos du Dr Schmitt de Sélestat (Alsace).
421 Ibid., p. 44.
422 Ibid., p. 111.
423 Rappelons que Bismarck prétendait initialement que les assurances sociales ne pouvaient être efficaces que si le patient ne cotisait pas.

par l'Etat, il rejette, de fait, toute organisation des assurances sociales. En rejetant également le tiers payant, il remet partiellement en cause la solvabilité des assurés sur laquelle reposait en partie l'efficacité du système.

D'autre part, pour le Dr Lafontaine, la question des assurances sociales s'appréhende sur deux versants : l'un politique (qu'il refuse d'aborder), l'autre procédural. Le premier pose la question de la légitimité du principe même des assurances sociales, alors que le second s'attache à déterminer les modalités d'organisation de ces assurances par ou avec le corps médical. René Lafontaine accuse donc le Dr Cibrie de ne vouloir faire que de la politique, au mépris des questions "techniques". Il est toutefois difficile, objectivement, de rejoindre René Lafontaine sur une conception d'un syndicalisme totalement apolitique. Il est bien plus probable que ce dernier veuille plutôt se détacher de l'administration qui, dans l'esprit de beaucoup de syndicalistes, est contrôlée par la classe politique.

L'argument de Paul Cibrie est donc que ne pas défendre l'indépendance des médecins jusqu'au bout consiste à se faire "accuser" de faire de la politique, c'est-à-dire d'entrer dans des discussions avec l'Etat et les mutuelles. A l'opposé, en ce qui concerne René Lafontaine, toute prise en considération de l'évolution de la situation est décriée par les "extrémistes" de la liberté comme une manoeuvre politique. En retour, le "syndicalisme apolitique" consisterait à laisser entendre que seule la question "technique" est négociable, l'aspect politique de la décision de principe étant incontournable et non négociable.

Malgré ces nombreuses divergences d'opinion, le principe du contrat collectif obtient la faveur des syndicalistes de l'Union lors l'assemblée générale. Cette assemblée, fonctionnant sur des débats suivi de votes, accorde le maximum de voix à cette modalité d'exercice. Elle est donc, *a priori*, adoptée, sans toutefois apporter beaucoup de précisions sur son contenu, si ce n'est le respect du libre choix, du tarif à la visite et du secret professionnel.

3.4.3.2.5. Deux types de contrats collectifs : avec ou sans tiers-payant

L'adoption du principe du contrat collectif par l'assemblée générale de l'USMF ne va pas pour autant faire disparaître les divergences d'opinion au sein du syndicalisme médical, menant à la rédaction de deux projets de contrat collectif distincts par lesquels les responsables de l'USMF considèrent que deux systèmes s'offrent pour réaliser la collaboration du corps médical à l'assurance-maladie[424], suivant les indications données par l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux, c'est-à-dire sur les bases suivantes : libre choix, tarif à la visite, respect

424 Ibid., p. 976. Voici la seule précision apportée par l'Union : "*Après la lecture et la discussion du rapport précédent, et certaines réserves ayant été faites sur divers points de ce rapport, la Commission en a adopté les présentes conclusions.*" (Ibid., p. 976, note de bas de page n° 1)

du secret professionnel. Il y a d'une part le contrat collectif avec organisation de soins et contrôle et, de l'autre le contrat collectif permettant le fonctionnement de l'assurance maladie (certificats, etc.), l'organisation de la prophylaxie et le fonctionnement de l'assurance invalidité, mais en ce qui concerne l'assurance maladie, entente directe du malade avec son médecin, selon les conditions de la pratique ordinaire, l'assuré recevant pour chaque maladie une indemnité fixe en espèce.

L'adoption de ce dernier système, nettement préférable pour l'Union au point de vue médical, est subordonnée à la possibilité de dresser un catalogue des risques assurés (maladies nettement spécifiées).

Les deux systèmes ne peuvent fonctionner, selon les médecins syndiqués qu'à l'exclusion des petits risques (maladies bénignes et saisonnières, indispositions).

Par ailleurs, dans les deux systèmes le secret professionnel ne peut être intégralement conservé.[425]

Le premier système va rallier les partisans du Dr Lafontaine, favorables à une organisation des soins et à son contrôle, autant que possible par le corps médical. Le second se rapproche d'avantage de la conception du Dr Cibrie, qui demande le paiement direct des honoraires par le patient. Finalement, deux camps s'opposent au sein de l'Union : pour ou contre le tiers payant au sein du contrat collectif.

En analysant le contenu de ces deux projets, il apparaît que l'essentiel (plus de la moitié des articles ; le reste concerne le libre choix, le tarif à la visite et le secret professionnel) se focalise à nouveau sur la question du contrôle. En effet, il existe un lien direct entre le tiers payant et le contrôle, dans la mesure où c'est l'organisme (ou l'individu) payeur (la caisse, le syndicat ou le patient) qui a toute légitimité pour contrôler le corps médical.

Le premier projet de contrat collectif, selon l'article 9, met en place des commissions de contrôle ou la surveillance et le contrôle des soins médicaux seront assurés dans chaque département par une commission siégeant en chef-lieu. [...] Les services administratifs de cette commission seront assurés par la caisse ou la société de secours mutuel. Ils seront placés sous la surveillance de la commission et sous la direction de son secrétaire[426].

Dans l'article 10, le projet précise le rôle de la commission qui consiste à veiller au bon fonctionnement des services de soins pour les "assistés"[427] qu'il s'agisse de soins à domicile, à l'hôpital, dans une maison de santé, dans un sanatorium, etc., à donner des avis et autorisations prévus dans l'organisation des soins, à recevoir et à connaître les plaintes transmises par les parties intéressées. En claire cela revient à assurer le contrôle complet des soins donnés pour éviter les

425 Idem.
426 Ibid., p. 979 - 980.
427 L'Union emploie ce terme à dessein sans doute pour ne pas employer le terme "assurés".

abus de toute nature, à dresser, chaque année, le “bilan” des services au point de vue technique et financier, et à proposer les améliorations à rechercher suivant les données de l'expérience.[428]

Les compétences de ces commissions sont donc extrêmement larges dans le but d’exercer un contrôle très complet, dépassant de toute évidence les simples aspects “techniques”, sur le système des assurances sociales (et au-delà[429]). La composition de ces “Commissions de surveillance et de contrôle” compte, selon l’article 11 : “*6 membres : 3 désignés par la Caisse d’assurances. 3 désignés par le Syndicat médical.*”[430] Notons qu’une représentation à parts égales entre l’administration et le corps médical serait inédite, dans la mesure où les précédentes lois de protection sociale n’accordaient à ce dernier qu’une place beaucoup plus modeste initialement (représentation minoritaire, rôle généralement consultatif). Enfin, les pouvoirs de la Commission sont précisés dans l’article 12 :

> “*La Commission tranche les questions qui lui sont soumises [...]. Les parties s’engagent, par les présentes, à accepter les décisions de la Commission de contrôle [...]. En outre des modifications qu’elle peut apporter aux notes d’honoraires, la Commission dispose des sanctions suivantes : 1° Amende [...] ; 2° Exclusion temporaire du service ; 3° Exclusion définitive. (Ces sanctions ne pourront être prises par la Commission qu’après avoir entendu l’intéressé et après avis du Syndicat médical).*”

Notons que c’est de nos jour l’Ordre qui dispose de ce pouvoir de sanction. Notons encore que cette commission a un droit de regard sur les notes d’honoraires, ce qui a une importance capitale, nous l’avons vu. Par ailleurs, un “Contrôle médical permanent” serait assuré par des médecins contrôleurs (dépendants de la Commission), au titre duquel ils percevraient des honoraires, comme le stipule l’article 17[431] du projet. Par ce projet de contrat collectif, l’Union, mais aussi les caisses, renforceraient donc leur contrôle sur les médecins, diminuant d’autant leur autonomie. Remarquons enfin que ce projet n’aborde en aucune façon la question du tiers-payant, peut-être dans le but de ménager un certain nombre de syndicalistes qui y sont opposés et ainsi de préserver l’unité du corps médical.

Le second projet est d’une manière générale beaucoup plus court que le premier (respectivement 10 articles au lieu de 20), témoignant d’une volonté de préserver une plus grande autonomie (et donc indépendance) du corps médical et du médecin individuellement. En effet, on ne parle plus ici de “Commission de contrôle”, mais de “médecins-contrôleurs et médecins-experts”, ainsi que de

---

428 Ibid., p. 980.

429 L’Union, en la personne du Dr Lafontaine et ses partisans, exprime à plusieurs reprise sa volonté d’appliquer ce contrat collectif à toute la médecine sociale, notamment les pensions, les accidents du travail, l’AMG et les “fléaux sociaux”. Bon nombre de syndicalistes y sont opposés pour des raisons que nous avons déjà exposées.

430 Ibid., p. 980.

431 Ibid., p. 984.

“Commission d’arbitrage” et de “Commission technique”. L’article 4 précise en effet que “*l’assurance pourra faire contrôler la réalité de chaque maladie diagnostiquée par le médecin-traitant [par des médecins-contrôleurs ou médecins-experts, NDLR]*”[432]. Selon l’article 5, “*les médecins contrôleurs et les médecins experts seront rémunérés par la Caisse, suivant un tarif établi par accord entre les parties*”[433], faisant d’eux des salariés, voir des fonctionnaires, ce qui semble aller à l’encontre du but poursuivi par la plupart des syndicats médicaux. Ce projet instaurerait par ailleurs une “Commission d’arbitrage”, ayant pour rôles, selon l’article 6[434], de *connaître les contestations survenues au cours de l’application du présent contrat (refus par le syndicat médical d’accepter un médecin au syndicat, refus par la caisse de nommer les contrôleurs et experts présentés par le syndicat), de juger en appel les pénalités dont les médecins contrôleurs, les médecins experts, les médecins traitants auront pu être l’objet de la part du syndicat ou de la caisse, enfin, d’instruire les plaintes qui pourront être faites ; soit par un assuré concernant un médecin, soit par un médecin concernant un assuré.*

Il transparaît dans cet article, que le rôle du contrat collectif n’est plus tant d’asseoir un contrôle sur le médecin que de l’en protéger. Ainsi ce projet assurerait une plus grande indépendance des médecins vis-à-vis des syndicats et de l’Union en ce qui concerne les assurances sociales. La “Commission technique”, quant à elle, a pour rôle, selon l’article 8, de dresser le bilan de l’assurance chaque année et de procéder au tri des malades désignés par les médecins traitants pour être envoyés dans un établissement de cure[435]. Il s’agit d’un rôle très restreint, n’impliquant quasiment aucun contrôle sur le médecin. Comme dans le premier projet, ces deux commissions sont constituées à parts égales de représentants syndicaux et des caisses (articles 7 et 8[436]). A noter, enfin, que, comme précédemment, le tiers payant (en l'occurrence le refus de celui-ci) n’est pas abordé directement.

La question du contrôle permet donc sans doute, dans un premier temps, de se détourner de la question du tiers payant source de trop grandes divisions au sein de l’Union, même si ces deux notions se rejoignent. Au lieu d’aborder le tiers payant en se questionnant sur la nature du “tiers” et dans quelle mesure celui-ci contrôlera le corps médical, l’Union semble vouloir renverser la problématique en déterminant qui aura le contrôle pour ensuite déterminer qui paiera le médecin. Subtile stratégie, certes, mais sans doute insuffisante pour tarir les divisions au sein du syndicalisme.

---

432 Ibid., p. 987.
433 Idem.
434 Idem.
435 Ibid., p. 988.
436 Ibid., p. 987 - 988.

Chapitre 4. - Le projet de loi de 1923

C'est en 1923, après une bataille acharnée de l'Union sur le tiers payant et le libre choix, qu'est mis au point un nouveau projet de loi, sensé apporter satisfaction au corps médical sur ces points. M. Edouard Grinda est rapporteur de la loi auprès de la Chambre des députés, à laquelle il présente à ce titre, le 31 janvier 1923, un rapport de 511 pages rédigé au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociale. Selon le Dr Marcel Martiny, qui a étudié le "rapport Grinda" dans un article présenté devant la Société française d'histoire de la médecine, "*ce document marque l'extrême début, en France, d'un processus de plus en plus structuré de l'aide apportée à l'homme et à sa famille par la Société*"[437]. Il est donc d'une importance toute particulière dans la compréhension du développement des assurances sociales en France dans l'entre-deux-guerres, c'est pourquoi nous allons étudier d'abord le rapport avant d'analyser le projet de loi à proprement parler.

4.1. Le contexte du projet[438] : le "rapport Grinda"

Le rapport Grinda s'articule en quatre parties successives : l'exposé général - reprenant les grands principes du projet de loi -, l'exposé technique et financier, la discussion par article et enfin les textes du projet de loi - que nous allons résumer dans le paragraphe suivant -. Nous n'allons donc pas détailler ici le contenu du projet de loi à proprement parler, sur lequel nous reviendrons, mais nous allons plutôt nous pencher sur le contexte du projet et les commentaires apportés par M. Grinda.

4.1.1. L'exposé général du projet de loi

La première partie, à savoir l'exposé général, semble particulièrement vaste, aborde des points extrêmement variés et il serait vain de vouloir ici le synthétiser tout en étant exhaustif. Comme le précise Marcel Martiny, "*ce rapport [la première partie, NDLR] fourmille de suggestions intéressantes, certaines plus ou moins réalistes.*"[439] Il en ressort toutefois un certain nombre d'idées principales.

---

437 Martiny, Marcel, *Projet de loi présenté le 31 janvier 1923 par le député Edouard Grinda sur les Assurances sociales - Etude critique*, Communication présentée à la séance du 19 mai 1979 de la Société française d'histoire de la médecine, 7 p.

438 Pour une vision plus large du contexte du projet de loi, le lecteur pourra se reporter à la source suivante : Leclerc, Pierre, op. cit., 1996, pp. 236 - 244.

439 Martiny, Marcel, op. cit., 1979, p. 2.

4.1.1.1. La nécessité des assurances sociales et l'économie générale du projet

M. Grinda argumente tout d'abord la nécessité des assurances sociales, notamment par les conditions de l'après-guerre et l'insuffisance des systèmes de protection sociale en vigueur à l'époque;

M. Grinda signale qu'il faut se placer sur ce terrain : "*sauver la race*"[440], car la vie humaine a maintenant plus de valeur qu'autrefois, après cette guerre meurtrière. Il parle de la carence de l'Assistance publique qui ne peut être palliée par l'effort des oeuvres privées, ni même par la mutualité dont le statut est fixé par la loi de 98 et qui, cependant, à son avis, constitue une étape vers l'assurance sociale.[441]

Vient ensuite très vite la question financière. Dans cette période d'après guerre, la reconstruction du pays nécessite des capitaux immenses et, en outre, les finances manquent pour combler le vide de l'hygiène, de la prévention et donc, plus généralement, de la protection sociale :

> "*La loi vient consolider l'édifice déjà construit. La situation économique est telle que des capitaux immenses sont nécessaires pour la mise en valeur des ressources de ce pays et les grands travaux d'hygiène. Or, il n'y a pas d'argent et l'assurance peut en donner. Le rapporteur insiste sur ce fait que la loi sur les assurances sociales est une loi d'hygiène et de prévention [...]. C'est, en outre, dit le rapporteur, une loi d'éducation et de paix sociale. Le Dr Grinda estime que les fonds provenant des cotisations et qui seront capitalisés, constitueront des milliards qu'il appelle << sociaux >> et grâce auxquels, il sera permis de faire les grands travaux que réclame l'état du pays : constructions hygiéniques, sanatoria, hôpitaux, maisons de santé, etc…*"[442]

Les travaux du Dr Matriny nous éclairent encore d'avantage sur ce point. Tout d'abord les sommes d'argents colossales nécessaires à la réalisation et la pérennité des assurances sociales, rendent indispensable une prudence toute particulière dans la mise en oeuvre de ce système, notamment en ce qui concerne les limites de la population assurée : "*Conscient cependant des sommes d'argent qui seront engagées dans les Assurances sociales, le rapporteur demande de la prudence et du tâtonnement en ce qui concerne les assurés obligatoires et les assurés facultatifs, en fonction des avantages que la collectivité peut leur accorder.*"[443] Par ailleurs, le Dr Martiny signale et commente une critique intéressante faite au projet de loi, lors de sa présentation devant la Chambre : "*La création des Assurances sociales va augmenter le prix de la main d'œuvre. En réalité, le prélèvement de 10*

440 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1923, p. 650. Propos attribués par l'Union à M. Grinda.
441 Idem.
442 Ibid., p. 650. Propos attribués par l'Union à M. Grinda.
443 Martiny, Marcel, 1979, op. cit., p. 2.

%, en permettant de mieux soigner le travailleur français, rendra celui-ci d'une compétitivité de compensation égale à la dépense qu'il crée. Le fonctionnement des Caisses doit éviter les gaspillages et les emplois inutiles. La protection du capital humain devient une source de prospérité."[444] Cela reprend l'idée, partagée précédemment par Bismarck, selon laquelle la santé des travailleurs est nécessaire au processus d'industrialisation et constitue la clé de la prospérité du système capitaliste.

Certains députés craignent également une augmentation du coût de la vie, en raison de charges supplémentaires pesant sur l'Etat, ce que conteste le Dr Grinda : "*Les assurances sociales ne constituent nullement pour l'Etat des charges nouvelles mais bien des dépenses productives, << de remplacement >>, qui, très rapidement, doivent mener un rendement supérieur à leur valeur. [...] Elle [les assurances sociales, NDLR] ne sont pas susceptibles, comme on l'a prétendu, d'amener une augmentation du coût de la vie.*" La protection sociale a donc pour but principal de permettre à la population, et surtout aux ouvriers, d'accomplir leur rôle social, essentiellement par le travail, et ainsi de favoriser la compétitivité et la prospérité du pays. L'économie du projet se base ainsi sur le principe d'une compensation du coût de ce système par un gain en productivité des travailleurs.

4.1.1.2. L'organisation du système de soin

Le rapporteur aborde ensuite l'organisation des services de soins et donc la coopération avec le corps médical. Marcel Martiny résume ici très bien le rapport Grinda ; nous le reprenons donc intégralement sur ce point[445].

A propos de l'organisation des services médicaux et pharmaceutiques, le rapporteur est d'avis de laisser aux Caisses la plus grande autonomie. Avant tout, le libre choix du médecin est proclamé. Par contre, le contrat collectif est mis en discussion.

Il a ses avantages et ses inconvénients. Il est obligatoire en Angleterre et en Alsace-Lorraine. Sont recommandés par le rapporteur : liberté, variété des contrats entre cliniques, hôpitaux, d'une part, et Caisses, d'autre part. Ces contrats doivent être soumis à un Office national des Assurances sociales. Le ticket modérateur est appelé à empêcher les abus, soit des malades, soit des médecins. Un équilibre financier doit être recherché.

La conscience du Corps médical est déontologiquement indispensable ; la rémunération doit être honorable, afin que des actes médicaux quotidiens trop nombreux et trop rapides soient évités.

Tout acte médical du généraliste, du spécialiste, du chirurgien, en ville ou en hospitalisation, doit s'accomplir d'une façon harmonieuse. Le budget des

444 Ibid., p. 3.
445 Ibid., p. 2.

Assurances sociales sera de plus en plus considérable. La pharmacie doit être à l'abri des abus dangereux.

Le contrôle des soins médicaux revient aux Caisses, qui comporteront en leur sein des commissions mixtes de médecins et pharmaciens vérificateurs des ordonnances. Les syndicats médicaux doivent être associés à cette surveillance.

Le corps médical obtient donc gain de cause sur plusieurs points de revendication et tout d'abord sur le libre choix assuré et, de façon plus relative, sur le contrat collectif, comme le remarque l'Union : "*Le rapporteur admet le contrat collectif possible, auquel peuvent participer les médecins non syndiqués, à la condition de respecter les clauses du contrat ; libre choix, par conséquent, parmi les médecins qui auront accepté.*"[446] Pour l'Union, le respect du libre choix semble donc indissociable du contrat collectif, qui seul pourrait le garantir. Il faut toutefois relativiser la dimension collective de ce contrat, dans la mesure où le rapporter semble préconiser une grande souplesse dans ce domaine, avec de multiples variétés de contrats possibles, et un contrôle obligatoire de l'Office national des Assurances Sociales (où le corps médical est toutefois représenté[447]), relativisant d'autant le contrôle potentiellement exercé par le syndicalisme médical dans ce domaine. Il transparaît donc de ce rapport une certaine réticence vis-à-vis du contrat collectif, peut-être afin de ne pas laisser une trop grande autonomie et un trop grand pouvoir entre les mains du syndicalisme médical.

Enfin, en ce qui concerne la prévention des abus, s'exerçant sur deux versants - la production de soins et les assurés -, respectivement au travers du contrôle sur le corps médical et du ticket modérateur, l'Union apporte quelques précisions :

> "*Le ticket modérateur ne devra pas excéder la valeur de ⅓ de l'allocation journalière de maladie.*
>
> *Le budget des Caisses sera constitué par une somme versée à chacune d'elles, par l'Union régionale des Caisses à laquelle les Caisses devront obligatoirement être adhérentes ; somme annuelle forfaitaire établie, chaque année, par décet.*
>
> *Des réserves sont constituées ; une Caisse de garantie est créée.*"[448]

Le budget forfaitaire des caisses, impliquant la nécessité pour elles de pouvoir prévoir ses dépenses, fait planer sur le corps médical le spectre tant redouté du paiement au forfait. Il faut donc relativiser l'affirmation de l'Union selon laquelle le rapporteur n'aborde pas ce point : "*En ce qui concerne les médecins, le nouveau projet éloigne le tarif forfaitaire : il n'y fait pas allusion.*"[449] Notons qu'il ne fait pas d'avantage allusion au tarif à la visite. Ce point essentiel, en lien étroit avec ne

446 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1923, p. 655. Propos attribués par l'Union à M. Grinda.
447 Au moment où est présenté ce rapport, rien ne précise dans quelles proportions.
448 Ibid., p. 655.
449 Ibid., p. 655.

contrat collectif, n'est donc, semble-t-il, pas abordé par le rapporteur, afin sans doute de ménager les craintes des syndicats médicaux dans ce domaine. Mais lors des débats, la mutualité, en la personne de M. Anselme Patureau-Mirand va aborder le sujet sans détour, et affirmer clairement sa position en faveur du forfait.[450]

M. Patureau-Mirand affirme ainsi dans les discussions que l'*organisation du service médical est traitée un peu trop légèrement aussi bien dans le rapport que dans le discours du rapporteur. Il souligne que, sans entente entre le Corps Médical, la loi d'assurance ne peut fonctionner.*

Selon lui, le rapport se borne à indiquer la mis en réserve d'une somme suffisante pour satisfaire les médecins, que le Contrat collectif librement débattu résoudrait toutes les difficultés, que les incidents qui se sont produits pour les soins à donner aux victimes de la guerre ne sont que des exceptions et que, par cela même, il n'y aurait pas besoin d'avoir recours à une contrainte légale.

Mais Anselme Patureau-Mirand se dit moins optimiste au sujet de la pratique de la mutualité : *"La barque mutualiste a trop souvent échoué sur les écueils semés devant elle par le service médical pour que j'estime suffisant ce que vous nous proposez."*[451] Il doute que le Contrat collectif résoudra toutes les difficultés. Mais qui obligera les médecins à passer un contrat collectif et une fois passé, qui les obligera à le respecter ? Il fait remarquer que, depuis bien des années, les caisses mutualistes de départements ont voulu en signer, mais peu ont réussi et, fait plus grave, les contrats collectifs signés auraient été dénoncés quelques mois après leur application par les syndicats médicaux. Qui me prouve qu'il n'en sera pas de même pour la loi d'assurances sociales.

De plus, est-ce que le Contrat collectif empêchera le médecin de compter autant d'indemnités kilométriques qu'il aura visité de malades dans la même commune ? L'empêchera-t-il également de provoquer des visites inutiles ? Pour M. Patureau-Mirand, malgré la vigilance des assurés et des mutualistes, bien des abus se produisent.

Pour lui, seul le forfait peut les supprimer. Par forfait, il entend une convention passée entre le Corps Médical et les caisses. Le Corps Médical toucherait pour chaque assuré, par an, qu'il soit ou non malade, une somme à débattre. Ce système respecterait le libre choix du médecin. Il aurait de plus l'avantage de faire contrôler les médecins par eux-mêmes. En effet, selon Anselme Patureau-Mirand, plus il y aura de visites, moins la visite sera payée. Les médecins ont donc intérêt à prendre des sanctions contre ceux qui commettent des abus. Les médecins seront, de plus, invités à signaler les assurés qui les feraient déplacer sans motif, afin que la caisse les sanctionnent. M. Patureau-Mirand est convaincu que le forfait assurera l'équilibre financier des assurances sociales. Il estime que s'il n'est pas voté, le gouvernement sera obligé de l'introduire dans la législation, le ticket modérateur n'étant, selon lui, pas un frein suffisant pour éviter les abus.

450 Ibid., p. 366 - 367.
451 Ibid., p. 366.

Ainsi, la mutualité ne croit pas à l'organisation du service médical par le contrat collectif qui, selon elle, assure un contrôle insuffisant sur le corps médical. Seul le forfait pourrait donc permettre de limiter le nombre des consultations des médecins. M. Patureau-Mirand note toutefois que les médecins sont en position de force et pourraient bloquer l'avancée du projet de loi ; il incite de ce fait à la conciliation.

4.1.1.3. Les origines du projet de loi

Enfin, le Dr Grinda aborde les origines du projet, évoquant ses inspirations bismarckiennes, mais aussi mutualistes, ainsi que le système en vigueur en Alsace-Moselle, avant de faire un rapide tour d'horizon de la situation d'un certain nombre de pays en ce qui concerne les assurances sociales. Nous avons déjà abordé ces points précédemment ; nous n'y reviendrons pas. Il est toutefois important de noter que le Dr Grinda souligne le retard de la France par rapport à d'autres pays, et notamment à l'Allemagne, en ce qui concerne les assurances sociales, rendant les changements dans ce domaine d'autant plus nécessaires. L'exemple des Etat-Unis, repris par l'Union, vient toutefois relativiser cette position. En effet, le Dr Grinda souligne que les assurances sociales n'y sont pas obligatoires mais qu'elles seraient tellement entrées dans les moeurs que la grande majorité des américains est spontanément assurée à des sociétés privées qui, elles-mêmes, s'occupent de prévention et organisent la lutte contre les fléaux sociaux. L'exemple de ce pays servira ultérieurement d'exemple à certains détracteurs des assurances sociales.

Enfin, comme nous l'avons déjà évoqué, l'Union reste très critique en ce qui concerne la place laissée en France à la mutualité dans le domaine des assurances sociales et estime toujours qu'elle n'a pas les ressources financières pour assurer le fonctionnement du système. Sur ce point, le Dr Grinda fait allusion aux sociétés de secours mutuel.[452] Il estime qu'il y a bien peu de rapport entre les assurances sociales et la mutualité, car la mutualité n'a jamais eu une cotisation qui lui permette de faire de la prévention. Selon lui, la faiblesse de ses ressources la rendrait, jusqu'ici, incapable d'établir un projet d'organisation de soins sérieux.[453] Nous ne tenterons pas de déterminer ici si les critiques de l'Union sont fondées ou non. Toutefois, sa coopération avec la mutualité a souvent été tumultueuse (notamment en ce qui concerne le libre choix et le tarif à la visite), expliquant la méfiance à son égard. Par ailleurs, la mutualité constitue une concurrente pour l'Union dans l'organisation et le contrôle de la protection sociale.

452 Ibid., p. 651.
453 Idem.

4.1.2. Les aspects techniques et financiers en détail

La seconde partie du rapport aborde de façon plus précise les aspects techniques et financiers. Le Dr Martiny résume l'économie générale du projet.[454]

Selon lui, le rapporteur propose une combinaison d'un régime de capitalisation étayé par celui de la législation. Une caisse commune reçoit le produit des recettes. Ces sommes, par le jeu des intérêts composés et des lois de la mortalité, constituent le réservoir général qui sert de gage commun aux obligations de l'assurance.

Il poursuit en rappelant que le système unique d'assurance englobe les assurances maladie, maternité, décès prématuré, invalidité et vieillesse. La combinaison de capitalisation collective avec capitalisation individuelle apparaît, selon lui, comme la plus judicieuse en matière d'assurance.

Enfin, le Dr Martiny précise que des modifications ont été apportées au projet du gouvernement par la Commission d'assurance, celle-ci désirant décharger le Trésor public pendant 10 ans dans des proportions importantes.

Plus de détails seront apportées sur ce point dans le paragraphe suivant consacré au contenu du projet de loi. Cette partie du rapport Grinda ne suscite d'autres commentaires de la part de l'Union que ceux déjà exprimés précédemment. Cette dernière souligne toutefois un point de toute première importance, à savoir le lien entre le travail et l'assurance maladie : "*Les retraités pour la vieillesse sont exclus de l'assurance, quant aux soins médicaux. Les invalides y ont droit, si l'invalidité est incomplète, car ils demeurent alors assurés à titre de travailleurs partiels ; dès que l'invalidité atteint 100 %, les invalides, ne pouvant plus cotiser à l'assurance pour le peu de travail qu'ils effectuent, cessent de participer aux prestations en nature de l'assurance.*" Cette limite du système serait également dénoncée par le Parti Communiste et la CGT[455]. L'assurance maladie, tout en protégeant un groupe particulièrement fragile de la population (les travailleurs), délimite et exclu donc un sous-groupe encore plus vulnérable (les travailleurs sans emploi ou retraités). Rien d'étonnant, si l'on considère que l'objectif des assurances sociales est originellement de protéger la force de travail, donc les ouvriers. Ainsi, dès lors qu'un ouvrier est dans l'incapacité irréversible de travailler, il serait, de ce point vue restreint, "logique" de l'exclure des prestations en nature de l'assurance maladie. Cela pourrait donc contribuer à créer, même si ce n'est que de façon relative, de nouvelles situations de précarité au sein de la société.

Une critique, émanant de la mutualité, en la personne de M. Anselme Patureau-Mirand, met en lumière une autre limite du système d'assurance.[456] Celui-ci rejette la conception des prestations proportionnés aux versements, donc au salaire : "*On ne verse pas, en effet, "selon ses besoins", comme le prétend le*

454 Martiny, Marcel, 1979, op. cit., p. 3 - 4.
455 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1923, p. 368.
456 Ibid., p. 363.

rapporteur général, mais bien "suivant ses revenus". Or, les besoins sont d'autant plus élevés que les salaires le sont moins. Mieux vaudrait "un effort uniforme donnant droit à des prestations uniformes"."[457] Autrement dit, l'accès aux soins ne doit pas dépendre des ressources financières des assurés, au risque d'annuler certains bénéfices du système. Cela pose également la question de la redistribution horizontale des cotisations, soit intra-catégorielle (comme c'est généralement le cas pour les sociétés de secours mutuel) soit entre les catégories socio-professionnelles. Par ailleurs, il devrait y avoir un égal accès à la mutualité, indépendamment du revenu, ce qui encore aujourd'hui n'est pas toujours le cas. Enfin, cela pourrait constituer une remise en cause de l'entente directe sur les tarifs, entre le médecin et le patient, défendue à l'époque par bon nombre de syndicats médicaux.

4.1.3. La discussion par article

La troisième partie constitue la discussion par article (le projet de loi en comportant 186 au total). Il serait bien sûr beaucoup trop fastidieux de la détailler ici. Les principaux points abordés[458] sont le caractère à la fois obligatoire et facultatif de l'assurance, l'admission des assurés, la déclaration des employeurs, l'intervention de l'Office, les cotisations et leurs répartitions, la clause d'assurance, le précompte des déclarations, les sanctions vis-à-vis de l'employeur qui ne déclare pas ou ne paie pas, le concours des lois d'assistance avec celle des assurances sociales, le cumul d'une pension vieillesse avec une pension d'invalidité partielle, les organismes de recouvrement, l'organisation administrative des caisses et la constitution de capitaux par celles-ci, la participation financière et juridique de l'Etat, et les cas particuliers de certaines professions (notamment les professions agricoles). L'Union ne commente pas particulièrement ce chapitre, la plupart des points abordés n'ayant peu ou pas d'enjeux directs pour le corps médical.

4.1.4. Le texte du projet de loi

Enfin, la quatrième et dernière partie reprend le texte du projet de loi à proprement parlé. Il serait bien trop long de le retranscrire ici en totalité. Les points essentiels seront exposés dans le paragraphe suivant consacré au contenu du projet de loi.

457 Idem. Propos rapportés par l'Union.
458 Martiny, Marcel, op. cit., 1979, p. 4 - 5.

4.2. Le contenu du projet de loi[459]

En ce qui concerne le cercle des assurés, les assurances sociales s'adresseraient de façon obligatoire à tous les salariés en dessous d'un plafond d'affiliation (majoritairement les salariés de l'industrie), exception faite des salariés de l'Etat, des départements et communes, des cheminots et des inscrits maritimes bénéficiant déjà de régimes spécifiques. L'assurance facultative concerne les petits commerçants, les artisans, les petits patrons, les travailleurs intellectuels, les fermiers, les métayers, tous les travailleurs agricoles bénéficiant d'un régime particulier, les femmes non salariées des assurées et les anciens combattants. Le plafond d'affiliation pour l'assurance obligatoire est fixé à 10 000 francs par an (plus 2000 francs par enfant de moins de 16 ans). Peuvent s'assurer de façon facultative, les anciens assurés obligatoires[460] ("assurance continuée") et les salariés n'entrant pas dans le champs de l'assurance obligatoire à condition que leurs salaires ne dépassent pas ceux des assurés obligatoires. L'assurance devrait englober environ 7 800 000 salariés de façon directe, soit environ 12 millions de personnes au total. L'âge limite de l'assurance est de 60 ans. On notera donc que le cercle des assurés s'est élargi depuis les premiers projets de loi, surtout en ce qui concerne l'assurance facultative.

Pour ce qui est des prestations, le nouveau projet de loi couvre les risques maladie, vieillesse, invalidité, maternité et les charges de famille. En cas de maladie, l'assuré a droit aux soins médicaux, aux médicaments (également pour sa femme et ses enfants de moins de 16 ans, sans supplément de cotisation) et à une allocation d'environ un demi salaire (majoré en fonction du nombre d'enfants). Après cinq ans et demi de maladie, cette allocation se transforme en pension d'invalidité. Après 60 ans, l'assuré à droit à une pension proportionnelle aux versements qu'il a effectués. L'assurance pare aux besoins urgents en cas de décès de l'assuré. Toutes ces prestations annulent celles, relatives aux mêmes risques, octroyées au titre de l'assistance. Comme le précise l'Union, "*l'Assuré ne peut pas être en même temps un Assisté*"[461].

Les assurances sociales sont financées par des cotisations également réparties entre le patron et l'ouvrier, à hauteur de 5 % du salaire chacun. Cette cotisation totale de 10 % peut être réduite en cas de réserves suffisantes de la caisse pour assurer les prestations de l'assurance l'année suivante. Il existe une participation de l'Etat, fluctuant entre 80 et 275 millions de francs par an, prévue à l'avance en fonction des années, sur une période de 45 ans.

---

459 Les informations contenues dans ce paragraphe sont issues de l'article du Dr Martiny (précédemment cité), du *Médecin Syndicaliste* de 1923, pp. 650 - 656 et du *Médecin Syndicaliste* de 1924, pp. 352 - 360.

460 Dans ce cas, le plafond d'affiliation est de 20 000 francs par an (plus 2000 francs par enfant de moins de 16 ans) avec une durée de cotisation minimum de 5 ans.

Les principaux articles du projet de loi intéressant le corps médical sont présentés en annexe n°4.

461 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1924, p. 359.

En ce qui concerne l'organisation, le but du projet de loi est d'unifier la législation française en matière de protection sociale, notamment en réunissant tous les risques dans une même loi, ce qui assurerait un meilleur équilibre financier par un jeu de répartition et de compensation entre les différents risques. L'unité d'une loi simplifie également le fonctionnement du système. L'organisation est confiée aux caisses avec une gérance de l'Etat réduite au minimum ; leur gestion, autonome, étant assurée par des représentants des bénéficiaires. En dehors des caisses créées spécifiquement dans le cadre de la loi, les Unions régionales mutualistes (sociétés de secours mutuel), agricoles, syndicales et professionnelles, pourront constituer des caisses à condition de compter au moins 10 000 membres. Les caisses locales sont fédérées par région et les caisses régionales sont elles-mêmes fédérées par une "caisse générale de garantie". Au-dessus, il existe un "Office national des assurances", présidé par le Ministre du Travail, qui est un organe de régulation et de coordination. Bien qu'un contrôle de l'Etat semble ici inévitable, l'Union commente : "*tout étatisme est banni de ce projet. C'est ainsi que [...] chaque caisse peut garder pour ses assurés les bénéfices qu'elle aura pu réaliser.*"[462] Les caisses bénéficieraient donc d'une autonomie relative : plutôt importante sur le plan financier, mais avec une tutelle de l'Etat en ce qui concerne la gestion administrative. La mutualité garde une place centrale dans le projet de loi, le législateur ayant la volonté de baser l'organisation des assurances sociales sur les institutions préexistantes[463].

Les modalités de coopération avec le corps médical ayant déjà été abordées, nous allons seulement en rappeler les grands principes. Les caisses semblent avoir une grande liberté dans l'organisation du service médical et pharmaceutique. Le libre choix paraît garanti. La rémunération se fait par forfait à la capitation, reprenant le système allemand, c'est à dire par tête d'assuré. Le principe du contrat collectif est globalement accepté, ses modalités étant mises en discussion. Un système de ticket modérateur est mis en place, dont le montant est fixé par contrat, mais qui ne peut dépasser le tiers de l'allocation journalière.

4.3. La réaction de l'Union au projet de loi

4.3.1. Le rejet du projet de loi sur fond de divisions internes

Avant toute chose précisons que, courant 1923, le Dr Lenglet, jusque là Président de l'USMF, remplace le Dr Lafontaine au poste de Secrétaire général, ce dernier gardant toutefois une position de premier plan. Le *Médecin Syndicaliste* donne extrêmement peu d'information sur ce changement, mais il est possible que les divergences d'opinion au sein de l'Union aient joué un rôle.

462 Ibid., p. 359.
463 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 237.

C'est dans ce contexte tumultueux que le nouveau projet de loi est discuté par les syndicats médicaux, un certain flou entourant les débats de plus en plus influencés par de multiples tendances s'affirmant au sein de l'Union.

4.3.1.1. De l'objection au principe de l'obligation au rejet du principe des assurances

Ce projet de loi, longuement abordé à l'assemblée générale de l'Union de décembre 1923, loin d'atténuer les tensions au sein du syndicalisme médical, ne va faire que les raviver. C'est notamment le Dr Duby, du Syndicat de Bourg-Trévoux, qui va mettre le feu aux poudres, en protestant, dès l'ouverture de l'assemblée le mercredi 12 décembre, "*contre le Syndicalisme intégral, le Contrat collectif, et l'autoritarisme du Secrétaire général de l'Union [le Dr Lafontaine, NDLR].*"[464] Il renchérit le vendredi 14 décembre, à l'ouverture de la séance de l'après-midi, "*pour combattre les Assurances sociales et protester contre la voie dans laquelle s'engage l'Union, en élaborant des contrats collectifs en vue d'une organisation des soins, dans le cadre éventuel de l'Assurance sociale. Pour sa part, il est fermement opposé au principe même de l'Assurance sociale. Il considère que la prévoyance qui est obligatoirement imposée à l'assuré est une chose néfaste. Pareil projet se révèle incompatible avec les principes de liberté individuelle qui ont, jusqu'ici, été l'honneur du Corps Médical.*"[465] Il ajoute : "*Si une loi d'Assurance sociale, rappelant le projet actuel, devait jamais être promulguée, décidons de l'ignorer purement et simplement.*"[466] Mais de quelle "liberté individuelle" le Dr Duby veut-il parler ? De celle des médecins ou de celle des patients ? L'imprécision sur ce point semble en dire long les causes réelles de son opposition au principe des assurances sociales. Le contrat collectif suscite ici la division, car il réduit l'autonomie individuelle des médecins.

Le Dr Michon, du Syndicat du Rhône, rejoint en partie l'opinion du Dr Duby, en soutenant que les assurances sociales déresponsabilisent la population : "*la loi des Assurances sociales est mauvaise, entre autre chose, parce qu'elle tend à retirer, à la famille de l'assuré, le souci et la responsabilité des soins à donner à ceux-ci, pour les remettre aux représentants de l'Etat.*"[467] Ainsi, elles remettraient en question l'entraide, notamment au sein des familles. On notera toutefois qu'un des objectifs du projet de loi, selon son rapporteur, est précisément de pallier les limites de la charité et de l'entraide. Mais le Dr Michon semble vouloir insister sur un point, qu'il conviendra de relativiser : "*Ce sont des raisons d'ordre moral beaucoup plus*

464 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1924, p. 18.
465 Ibid., p. 37. Propos rapportés.
466 Ibid., p. 236.
467 Ibid., p. 42.

que des raisons d'ordre pécuniaire qui font les médecins hostiles à l'assurance sociale."[468]

Comme le précise Henri Hatzfeld, cet argument, très souvent repris par la suite, mais pauvrement étayé, ferait office de camouflage pour masquer la volonté du corps médical de maximiser son pouvoir[469], ce pouvoir s'inscrivant directement dans l'identité libérale de la profession. Mais cette identité libérale, dans un cadre plus large relevant d'avantage de l'économie que du mode d'exercice, ne concerne pas uniquement le corps médical. En effet, Henri Hatzfeld nous apprend, dans un long chapitre consacré à "*l'objection libérale et le problème de l'obligation*"[470], que ce questionnement s'inscrit dans un débat qui s'étale de 1850 à 1914 environ[471] autour d'une remise en cause, par les assurances sociales, de l'identité libérale d'une large part de la société français, portée par les médecins, mais aussi et surtout par le patronat et les salariés. Notamment, pour les patrons, les assurances sociales constituent une charge supplémentaire qui pourrait se répercuter sur le coût de la vie et sur les revenus des salariés[472], ces derniers pouvant par ailleurs y voir "*une atteinte à la liberté de l'homme*"[473]. Longtemps déjà avant l'élaboration des premiers projets de loi d'assurances sociales, des voix, et pas uniquement celle des médecins - loin de là -, se sont élevées contre le principe de l'obligation.

Enfin, d'autres médecins font moins de détours et accusent l'assurance maladie de favoriser la "paresse" de la population. A ce titre, on notera tout particulièrement une réaction publiée dans "La Presse Médicale" du 1er août 1923, particulièrement éloquente et reprise ici par Pierre Leclerc :

> "*Cette loi permettra l'éclosion de vices divers, en supprimant la sanction qui se trouvait liée au développement de ces vices et qui automatiquement les limitait.*
>
> *Le paresseux savait très bien que s'il ne se mettait pas au travail, il mourrait de faim plus tard. Cette limitation naturelle à la paresse, la faim, n'existe plus puisque cet homme est assuré, dans tous les cas, de toucher régulièrement une certaine somme dans sa vieillesse.*
>
> *L'homme n'avait aucun intérêt à simuler la maladie puisqu'il y perdait ses journées de travail. Cette sanction naturelle de la maladie est obligatoirement supprimée ; l'individu n'a donc plus un intérêt direct à paraître bien portant, et s'il est tant soi peu vicieux, il se paiera quantité de jours de "maladie" sur le dos de la collectivité.*"[474]

---

468 Ibid., p. 241.
469 Hatzfeld, Henri, op. cit., 1971, p. 290.
470 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1924, pp. 33 - 101.
471 Ibid., p. 56.
472 Ibid., p. 95.
473 Ibid., p. 80.
474 Lelcerc, Pierre, op. cit., 1996, p. 242.

Cet argument sera repris bien plus tard, principalement entre 1928 et 1930, par le syndicalisme médical (allemand puis français, le premier ayant notamment influencé le second) pour faire la critique de la loi sur les assurances sociales, sous couvert d'un argumentaire basé sur le risque d'abus de la part de la population assurée. On rappellera que pour l'heure le syndicalisme médical met d'avantage en avant de supposés risques pesant sur la qualité des soins, ceci probablement pour se ménager une image favorable dans une opinion publique dont il cherche le soutien.

4.3.1.2. Les divisions au sujet du contrat collectif

Les opposants au principe des Assurances sociales vont se faire, par la suite, de plus en plus nombreux au sein de l'Union. L'un des plus influents est le Dr Jayle, du puissant Syndicat des Médecins de la Seine, qui globalement rejoint l'avis du Dr Duby, à la différence près qu'il souhaite que l'Alsace-Moselle conserve le système actuellement en vigueur[475]. Il cite en exemple trois pays, l'Allemagne, l'Angleterre et la Pologne où, selon lui, "*le système est déplorable*"[476] et ajoute que "*dans tous les pays où il est appliqué, des troubles graves*[477] *se sont manifestés dans l'exercice de l'art médical*"[478], avant de conclure que "*ces difficultés tiennent au système lui-même, à ce fait très simple que la somme que contient la Caisse est limitée et que jamais le système ne permettra des honoraires comparables à ceux de la pratique ordinaire*"[479], rappelant que la question financière est un enjeu de premier plan. Il convient de mettre ceci en parallèle avec les propos du Dr Michon, précédemment cités. Toutefois, le SMS, dont nous allons citer l'ordre du jour voté, ne semble pas afficher une opposition franche au principe des assurances sociales, ni à celui du contrat collectif, témoignant sans doute de divisions internes à ce syndicat :

> "*Libre choix, tarif à la visite, maintien du secret professionnel, entente directe du malade avec son médecin, paiement direct et intégral du médecin par le malade suivant les conditions de la pratique ordinaire ; en aucun cas, les honoraires du médecin ne seront déterminés par les sommes que le malade aura reçues de la Cassie d'assurance.*
>
> *Sans vouloir discuter le principe de la Loi sur les Assurances sociales, le S.M.S. est d'avis qu'il convient de faire une propagande intense auprès des assurés éventuels et de l'opinion publique, pour démontrer les avantages des propositions faites par le Corps Médical en ce qui concerne l'organisation de l'Assurance-maladie.*

475 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1924, p. 38.
476 Ibid., p. 237.
477 Le Dr Jayle fait probablement référence de manière globale à des atteintes portées à l'exercice libéral. A en croire la citation qui suit, cela engendrerait une baisse de revenu pour les médecins.
478 Ibid., p. 237.
479 Idem.

Le S.M.S. demande l'obligation pour les Caisses de ne pouvoir passer un Contrat qu'avec les Syndicats Médicaux de leur région ou, si les Caisses acceptent d'autres médecins, de ne pouvoir établir de contrat que sur les bases du Contrat Collectif accepté par ces Syndicats Médicaux."[480]

Le SMS cherche ici à protéger le corps médical contre la possibilité que les caisses fassent appel aux médecins les "moins chers" et mettent ainsi les médecins en concurrence économique entre eux. La solution proposée par le SMS passe par la "discipline" syndicale au travers de contrats passés uniquement avec les représentants de la profession, à savoir les syndicats.

Par ailleurs, il faut avoir à l'esprit qu'il existe des différences fondamentales dans la conception qu'ont les différents courants syndicaux du contrat collectif. Comme nous l'avons vu, il existe, en schématisant quelque peu, deux conceptions majeures de ce contrat, avec ou sans tiers payant, s'articulant autour de la question du contrôle du corps médical.

Ainsi, de l'opposition - *a priori* paradoxale - entre la position du Syndicat de Bourg-Trévoux et celle du SMS, il ressort finalement que le premier croit impossible la garantie de l'indépendance du médecin par le contrat collectif, contrairement au second. Le premier, bien plus fataliste, semble donc considérer que rien ne permet de garantir l'indépendance et l'autonomie individuelle du médecin, du fait du principe même des assurances sociales, pendant que le second croit cela possible par une organisation adéquate de la coopération du corps médical avec les caisses. Mais les deux syndicats se rejoignent sur le fait qu'il faut avant tout préserver la liberté du corps médical, liberté potentiellement menacée par l'Union.

Le Syndicat des Médecins de la Seine semble donc ici dans une stratégie de conciliation, bien que sa préférence aille clairement à l'entente directe entre le médecin et le patient, comme en témoigne les propos du Dr Le Fur : "*Il conclut en proposant successivement deux ordres du jour : un du Syndicat des Médecins de la Seine, préconisant l'entente directe ; puis un ordre de jour de conciliation.*"[481] Bien que globalement opposé à la ligne directrice adoptée par l'Union, aux dires de certains plus conciliante avec l'Etat en ce qui concerne l'autonomie des médecins, le SMS semble toutefois vouloir en préserver l'unité, afin de ne pas affaiblir la représentation du corps médical.

Quelle va être la réaction du Dr Lafontaine à cette opposition, dont nous savons qu'il n'est pas partisan ? Il garde sa ligne de conduite et souhaite que le corps médical s'adapte à l'assurance :

"*Avant de rejeter l'assurance, notre désir est de chercher si l'adaptation n'est pas possible. Le Dr Lafontaine pense fermement qu'elle est possible et désirable. Il rappelle les luttes auxquelles a donné lieu la question des Pensions. Il montre combien grande est l'analogie entre l'évolution des*

480 Ibid., p. 41. Ordre du jour du Syndicat des Médecins de la Seine de décembre 1923.
481 Ibid., p. 45.

deux questions et indique qu'en fin de compte, si l'Etat s'est incliné devant le programme technique d'application préconisé par les Syndicats, c'est que ce programme était conforme aux désirs des bénéficiaires et des médecins. Il faut travailler selon la même méthode pour les assurances sociales. Il faut que les médecins précisent, à l'usage du législateur, les meilleures conditions, les modalités les plus favorables d'application, à l'aide desquelles un projet général de loi donnera le maximum de rendement dans la voie du progrès social."[482]

Sur la question primordiale du tiers payant, il est d'avis de préserver l'autonomie syndicale, peut-être dans le but de faire taire certaines voix qui l'accusent de prôner une sorte de "totalitarisme syndical" : "*Il [le Dr Lafontaine, NDLR] ne pense pas qu'il y ait lieu de faire aux Syndicats une obligation de supprimer le tiers payant. Chaque Syndicat doit être à ce sujet seul juge de résoudre la question au mieux des intérêts de la région qu'il représente.*"[483] Toujours dans un but d'apaisement, il ajoute : "*il n'est pas du tout question, dans cette Assemblée, de fixer, d'une façon définitive, sans appel, tous les caractères des contrats à adopter. [...] Entre gens de bonne foi, la révision de tel ou tel point particulier sera toujours possible, le cas échéant.*"[484] Le Dr Lafontaine ne change donc pas sa ligne de conduite : la loi sur les assurances sociales sera votée et, si le corps médical veut préserver ses intérêts, il doit participer à sa construction. Il peut également compter sur le soutien de ses confrères alsaciens, notamment en la personne du Dr Specklin qui "*préconise d'accepter le tiers-payant, débiteur toujours solvable, et la collaboration active du Corps Médical à l'assurance, dans l'intérêt des médecins eux-mêmes. Il conseille de ne point poser des conditions telles que l'assurance soit rendue impossible, car dans ce cas, les assurés seraient poussés dans les mains des médecins marrons*"[485].

Certains vont même plus loin. Non seulement la médecine sociale ne peut pas être ignorée, mais elle doit être enseignée. Le Dr Quivy, fidèle soutient du Dr Lafontaine, est de cela :

> "*L'enseignement de la médecine tel qu'il est pratiqué actuellement devra être complété. Nous ne voulons pas dire que d'adjonction qui deviendra, de ce fait, nécessaire, suffira à remédier à toutes les imperfections actuelles, mais c'est un fait que la mise en oeuvre des organisations de médecine sociale rend nécessaire une certaine instruction supplémentaire du médecin auquel, trop souvent, la Faculté laisse ignorer les conditions particulières d'exercice de la médecine du fait de l'existence des lois sociales*"[486].

---

482 Ibid., p. 244. Propos rapportés par un syndicaliste anonyme de l'Union.
483 Ibid., p. 249.
484 Idem.
485 Ibid., p. 250.
486 Ibid., p. 267.

Doit-on comprendre dans ces propos que la lacune concernant l'enseignement de la médecine sociale serait volontaire ? La question reste ouverte. Il ajoute un peu plus loin :

> "*Demain, la création d'une chaire de médecine sociale ne va-t-elle pas permettre de former de soi-disant médecins spécialistes en médecine sociale, auxquels on promet déjà un rôle primordial dans l'organisation de l'Assurance-Invalidité-Maladie ? Aux syndicats de dire à laquelle des deux conceptions vont leurs préférences : A cette conception d'un enseignement spécial pour médecins-fonctionnaires, qui semble chère à notre Ministère de l'Hygiène et à ses Conseillers actuels, ou à la conception de la Fédération des S.M. [Syndicats Médicaux, NDLR] d'Alsace, laquelle organise elle-même, d'accord avec les intéressés, l'enseignement dont elle sent la nécessité ?*"[487]

Inutile de préciser que la préférence du Dr Quivy semble clairement aller à la seconde, impliquant encore une fois le contrôle de l'enseignement de la médecine sociale par le syndicalisme médical.

Dans toutes ces questions, le problème de fond est finalement de savoir si les assurances sociales sont susceptibles d'être appliquées ou non. Si l'on considère que les assurances sociales sont incontournables, la meilleure stratégie serait donc, pour limiter l'emprise de l'Etat, d'y participer et de négocier une part d'autonomie pour les médecins. Si, au contraire, les syndicalistes estiment que le projet d'assurances sociales se soldera par un échec, mieux vaut s'opposer à l'intervention de l'Etat dans l'exercice de la médecine. Bien sûr, il peut exister des médecins qui pensent que les assurances sociales sont un bien en soi mais, pour le reste, il s'agit d'une stratégie visant à "s'auto-imposer" des règles plutôt que de se les voir imposer par d'autres (notamment l'Etat) sans aucun contrôle.

4.3.1.3. Le rôle de la mutualité remis en cause par les syndicats médicaux

Il convient encore de dire un mot au sujet de la mutualité, amenée à jouer un rôle non négligeable dans les futures assurances sociales, comme en témoigne un extrait du Journal Officiel de 1924 : "*la loi à intervenir doit consacrer l'expression de la sollicitude des Pouvoirs publics pour les Sociétés de secours mutuel, organes préférables de l'assurance sociale*"[488]. Inutile de rappeler que l'Union n'en a que rarement donné une image glorieuse et, sur ce point, rien ne semble avoir beaucoup changé. Mais c'est dans le contexte de ce nouveau projet de loi que l'Union va dévoiler d'autres raisons à cette attitude : " *"Il ne faut pas que la Mutualité compte*

487 Ibid., p. 268.

488 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1925, p. 24. L'Union reprend ici les propos du *Journal Officiel*, 12 décembre 1924, annexe p. 857.

faire quelque chose avec rien"[489]*. Malheureusement, il en a été ainsi souvent. La Mutualité a toujours eu un pied dans la charité. Dans un des derniers numéros du Concours Médical, notre confrère et ami Vimlont ne constatait-il pas que : "les Sociétés Mutuelles sont et restent toujours des sociétés mendiantes"*[490] *?"*[491] Il faut peut-être y voir une certaine condescendance du syndicalisme médical de l'époque vis-à-vis d'une mutualité relativement éloignée d'un prestige rattaché au corps médical. Mais l'Union semble également douter de la capacité des sociétés de secours à payer les médecins : si les soins sont assurés mais que la mutuelle ne paye pas, en cas de tiers payant c'est le médecin qui en sera pour son compte.

Mais il faut, d'autre part, relativiser la position que peut prendre la mutualité dans le cadre des assurances sociales et face aux médecins en rappelant que, selon la loi, bien d'autres institutions peuvent créer des caisses et que, comme le souligne Pierre Leclerc, la mutualité n'accepte pas le projet de loi sans réserves ni résignation, craignant une étatisation tout comme la majorité du corps médical[492].

Par ailleurs, la stratégie de l'Union vis-à-vis de la mutualité va rejoindre, de façon relativement logique, celle adoptée dans le cadre du projet de loi sur les assurances sociales. C'est ainsi que l'Union publie l'ordre du jour suivant, comportant les deux modalités de contrats collectifs (donc de collaboration du corps médical avec la mutualité) déjà évoquées précédemment et qui reflètent les deux grandes tendances au sein de l'Union :

> "*Le Corps Médical organisé est prêt à fournir son concours à la Mutualité, sous l'une des deux formes suivantes :*
>
> *1° Contrat collectif avec organisation complète des soins, sur les bases du libre choix, du tarif à la visite et du respect du secret professionnel, pourvu d'un contrôle (Commission médico-mutualiste). Les honoraires seront ceux de la classe moyenne ; ils ne comporteront aucune réduction.*
>
> *2° Contrat collectif, sans tiers-payant (le mutualiste honorant directement son médecin) mais prévoyant la délivrance des certificats et les modalités d'un contrôle médical, par la Société [de secours mutuel, NDLR], d'accord avec le Syndicat Médical."*[493]

489 L'Union reprend les propos du Dr Ponthieu dans son rapport sur les travaux de la Commission Médico-Mutualiste, dans le *Bulletin officiel du Syndicat des Médecins de Marseille* (n° 6, juin 1924).
490 L'Union reprend les propos publiés dans la revue le *Concours Médical* du 13 juillet 1924, n°28 (la page n'est pas précisée).
491 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1924, p. 773.
492 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 243.
493 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1924, p. 774.

4.4. Le vote de la loi par la Chambre des députés malgré le rejet par l'Union

Malgré l'opposition d'une part non négligeable des syndicalistes, M. Jourdain, président de la Commission d'assurance et de prévoyance sociale et le Dr Grinda, rapporteur du projet, militent pour une adoption rapide du projet par la Chambre. Pour le second, "*le principe des assurances sociales [...] n'est plus ouvertement contesté par personne. Les adversaires de la réforme en sont réduits à exploiter des divergences de vue sur les modalités d'application pour tenter de la faire sombrer.*"[494] Il semble ici faire référence aux divisions au sein du syndicalisme médical. Il ajoute : "*Quand à l'attitude du Corps Médical, elle sera [...] conforme à un idéal de progrès ; c'est à dire qu'il n'y a de ce côté aucune opposition systématique au vote de la loi. Les médecins demandent seulement que l'on tienne compte des voeux légitimes inspirés par l'intérêt de la profession médicale et des bénéficiaires de la loi.*"[495] Force est de constater que cette affirmation est quelque peu excessive, si l'on en croit les syndicats médicaux d'une part et la mutualité d'autre part.

En dépit d'une opposition franche d'une partie du corps médical et des concessions qui lui ont été faites, et des limites soulignées par la mutualité, le projet de loi est voté à l'unanimité par la Chambre en mai 1924. A l'issue, le Secrétaire général de l'Union résume ainsi la situation du corps médical : "*Un petit groupe de médecins ne veut pas admettre l'éventualité du vote de la loi. L'immense majorité du Corps Médical estime, au contraire, qu'il serait inutile de vouloir s'opposer à cette réforme*"[496] ; opinion suscitant immédiatement l'objection du Dr Michon du Syndicat du Rhône : "*nul n'est en mesure de conclure que seulement un petit nombre de médecins est opposé au principe de la loi. Aucun référendum n'a été fait. Il pense, pour sa part, que c'est la majorité des médecins qui est opposé au vote de ce projet.*"[497] Nous verrons en effet, qu'à partir de 1924, l'opposition au projet de loi se fera - ou apparaîtra - de plus en plus grande, accentuant d'autant les divisions au sein de l'Union.

Dans une volonté d'apaiser les tensions au sein du syndicalisme médical, naîtra en 1924 la "Commission mixte de l'Union et du Syndicat des Médecins de la Seine", dont le Dr Jayle (du SMS) est le président, le Dr Lafontaine étant le Secrétaire des Commissions de l'Union[498]. Cette Commission mixte arrivera rapidement à la conclusion suivante : "*la Commission mixte a dû constater, à l'unanimité, que ce projet était inapplicable, en l'état actuel de la science médicale.*"[499] Le Dr Jaye détaille ainsi les raisons de ce rejet :

494 Ibid., p. 361.
495 Ibid., p. 361.
496 Ibid., p. 282.
497 Idem. Propos rapportés.
498 Ibid., p. 1207.
499 Idem.

"*Le résultat final de cette étude*[500] *ne permet certainement pas, dans l'état actuel des choses, de présenter un projet précis au Parlement. Il faudrait plusieurs années pour l'établir (le temps de dresser des statistiques de durée des maladies) et accepter quand même le principe que les sommes payées par l'assurance ne correspondraient jamais exactement aux dépenses de la maladie ; l'assuré toucherait tantôt plus et tantôt moins. Sans doute, il se ferait une certaine moyenne, mais ce ne serait qu'une moyenne à faire accepter par l'assuré. Pour toutes ces raisons, après avoir entendu la sous-Commission qu'elle avait nommée, la Commission mixte de l'Union et du S.M.S. a voté la conclusion suivante, à l'unanimité des 16 membres*[501] *présents :*

"La Commission mixte de l'Union des Syndicats Médicaux et du Syndicat des Médecins de la Seine, s'appuyant sur les travaux faits par la sous-Commission technique nommée par elle, après avoir étudié l'application de la loi d'assurance-maladie basée sur une indemnité allouée par catégorie de maladies, a acquis la certitude que ce système est impraticable pour l'ensemble de la médecine, chaque élément de maladie (désignation nosologique, durée d'invalidité, nombre de visites, etc…) variant dans des proportions trop considérables"..."[502]

C'est donc sur la base d'un désaccord sur les tarifs que l'Union va finalement rejeter le projet de loi, sous l'influence incontestable du SMS. Dans cette décision transparaît finalement la volonté du SMS de garantir aux médecins le paiement direct par le malade, avec une liberté totale dans l'établissement des honoraires et le rejet de tout type de "forfait". Ce qu'il faut entendre par "forfait" dans la bouche des syndicalistes est donc extrêmement large, comprenant le paiement forfaitaire du médecin par patient et par an, le paiement forfaitaire par patient et par an au syndicat avec répartition par médecin au prorata du travail accompli, les tarifs fixes et imposés à la visite, et ici les tarifs forfaitaires par pathologie. Ainsi, derrière cette question de tarifs se cache vraisemblablement la question du "forfait" (au sens le plus large), renvoyant elle-même à celle du contrôle et du pouvoir du corps médical.

Finalement, c'est Louis Picard[503], repris d'ailleurs par Pierre Leclerc, qui résume ici le mieux les déterminants du bras de fer entre le corps médical et l'Etat :

"*Le projet adopté par la Chambre se heurte évidemment à l'opposition du corps médical, car il est contradictoire avec les principes traditionnels défendus par la médecine libérale :*

---

500 Etude sur l'application de la loi d'assurance-maladie par la Commission mixte, qui a été créée dans ce but.

501 L'Union ne précise pas la composition de cette Comission et notamment la répartition entre représentants de l'Union et du SMS.

502 Ibid., pp. 1207 - 1208.

503 Inspecteur général des Affaires Sociales, membre du Comité d'histoire de la Sécurité sociale (source : Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale ; Comité d'histoire de la Sécurité sociale ; UCANSS, *Les publications 2008*, Paris, 2008, p. 72.)

si, en effet, l'assuré a la faculté de choisir son médecin, c'est sur une liste établie par la caisse à laquelle il est affilié (art. 23, paragr. 1) ;
des contrats collectifs sont passés entre les caisses et les groupements professionnels des médecins (art. 23, paragr. 2) ;
les médecins sont rémunérés selon une procédure calquée sur la législation allemande[504] *(art. 25), la rémunération du groupement étant fixée forfaitairement par tête d'ayant droit ;*
un ticket de visite (ticket modérateur) est institué (art. 26).

Sont donc en cause : le libre choix ; l'entente directe ; le paiement direct.

L'opposition des syndicats médicaux, dirigée surtout contre le système de capitation, va se matérialiser lors de la discussion du projet de loi[505] *devant le Sénat, projet déposé sur le bureau de la Haute Assemblée le 9 avril 1924 par le ministre du travail, trois années auparavant, procédé au dépôt du projet au Palais-Bourbon.*"[506]

Si le corps médical s'oppose à la loi, il a tout de même obtenu certaines améliorations dans le cadre de ses revendications, témoins de son influence dans les débats. Il obtient le forfait par capitation permettant une rémunération à l'acte ou à la visite, ce qui est déjà une amélioration par rapport au forfait simple qui ne la permet pas. Le libre choix du médecin, bien qu'il ne soit pas total, est également obtenu de même que le contrat collectif (toutefois sujet à débats et divisions).

4.5. Le débat au sujet des tarifs relancé

Face à une certaine imprécision du projet de loi en ce qui concerne les modalités exactes de paiement des médecins, le débat va être relancé au sein de l'Union en ce qui concerne les "tarifs" et le tiers payant. En réalité il ne s'était jamais vraiment tari, largement entretenus dans le cadre de la loi des pensions, des accidents du travail et de l'AMG. L'Union réclame sans cesse une revalorisation des honoraires en raison d'une augmentation du coût de la vie et l'application stricte du tarif à la visite dans tous les domaines de la médecine sociale.

504 Cf. également le système en vigueur en Alsace-Lorraine, précédemment étudié.
505 Nous y viendrons plus loin en détail.
506 Picard, Louis, *Les rapports entre les médecins et les assurances sociales (1930-1945) : Le vote des lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930*, communication au colloque de Brest sur l'histoire de la Sécurité sociale dans le cadre des congrès nationaux des sociétés savantes, 1982 ; et Picard, Louis, *Les rapports entre les médecins et les assurances sociales (1930-1945)*, communication au colloque de Grenoble sur l'histoire de la Sécurité sociale dans le cadre des congrès nationaux des sociétés savantes, 1983. Selon le texte du projet de loi publié par l'Union et retranscrit en annexe n°4 de notre travail, il semble exister un décalage dans la numérotation des articles, les articles 25 et 26 auxquels fait référence Louis Picard correspondant respectivement aux articles 24 et 25 de notre annexe. Nous n'avons pas trouvé d'explication concernant cette différence ; peut-être s'agit-il simplement d'une erreur de retranscription dans une des sources utilisées.

A ce sujet, l'Union semble défendre majoritairement le "tarif moyen". Elle nous en donne la définition au travers d'un exemple concernant la "médecine de campagne" :

"*Dans une année vous avez fait, je suppose, 2000 visites avec déplacements [...] : elles vous ont été payées à tarif plein, ou à tarif réduit, ou même pas payées du tout. Ces 2000 visites, qui représentent une grande partie de votre activité médicale, vous ont rapporté 40 000 francs. Donc, une visite en moyenne, vous rapporte 20 fr. Le chiffre que vous obtiendrez est donc un chiffre réel, déduit de faits exacts ; la moyenne obtenue est donc vraie.*"[507]

L'Union[508] poursuit, en détaillant les avantages de ce système :

"*Vous savez que votre activité est à peu de chose près la même (vous pouvez, d'ailleurs, compter plusieurs années), votre rayon de clientèle ne change pas beaucoup. Donc, si vous prenez comme base cette moyenne, vous êtes sûrs de ne pas être lésés. Que vous fassiez des visites éloignées ou des visites rapprochées, cela se compense ; ce que vous perdez d'un côté, vous le gagnez de l'autre, et il en est de même pour le tiers-payant.*

Quelle simplification pour ce tiers-payant qui n'a plus le cauchemar du kilomètre et qui sait, comme votre client ordinaire, que le "voyage" c'est tant, une fois pour toutes. Finies les discussions sur le prix de revient du kilomètre, sur le nombre de kilomètres parcourus, sur la visite spéciale, en tournée ou en passant. Nous ne pouvons plus nous disputer que sur le nombre de visites ; sur quatre causes de conflit, le prix moyen en supprime trois. Ce n'est déjà pas si mal.

Un autre avantage. Tout le monde proteste contre les catégories qui ont l'air, en tarifant le médecin de campagne moins que le médecin des villes, d'estimer que les soins d'un médecin rural valent moins que ceux du médecin des villes.

On proteste encore contre le tarif unique imposé à toute le France, qui est fatalement une moyenne, lésant les Syndicats forts qui ont su maintenir leurs tarifs et avantageant les Syndicats faibles qui travaillent à des tarifs plus bas. C'est là, d'ailleurs, un des grands arguments du tiers-payant qui veut bien ignorer les tarifs supérieurs, mais voudrait profiter des tarifs inférieurs.

Avec le prix moyen, on supprime les catégories et le tarif unique. On en revient purement et simplement au tarif local. Le médecin de montagne, qui ne fait que des courses isolées et longues, aura un prix moyen très élevé, basé sur le prix réellement pratiqué et obtenu ; le médecin de la plaine, qui fait beaucoup de visites "en passant" aura un prix moyen plus faible, basé lui aussi sur la réalité."[509]

---

507 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1924, p. 436.
508 L'article est signé d'un certain "C.R.".
509 Ibid., p. 439.

Par “prix moyen” il faut donc entendre tarif local moyen de la clientèle ordinaire. Ce système aurait donc l’avantage de maintenir la rémunération des médecins à un niveau stable, de simplifier l’indemnité kilométrique (en la rendant forfaitaire) et le tiers payant, et enfin, de supprimer les catégories (principalement pour les accidents du travail) et le tarif unique pour toute la France. En somme, il s’agit tout de même d’un tarif unique mais à une échelle locale. Si la rémunération globale des médecins n’est ici pas forfaitaire, ce tarif, localement, l’est, puisqu’il est fixe, même s’il se base sur une moyenne de tarifs habituellement appliqués. Et, en effet, les critiques ne vont pas se faire attendre : “*C’est un forfait, s’est-on exclamé aussitôt !*”[510] Et l’Union de clarifier ce tarif :

> “*Il faut s’entendre. Qu’est-ce qu’un forfait ? C’est une convention en vertu de laquelle, pour une somme fixe, on s’engage à accomplir des actes médicaux en nombre variable. Or, dans notre cas, il ne s’agit que du prix d’un seul acte médical. Lorsqu’un médecin s’entend avec son client pour lui dire : ma visite chez vous sera de 15 francs, il ne fait pas plus un forfait que lorsqu’il dira à une Compagnie d’assurance : ma visite à un assuré sera payée 20 fr. toutes les fois que votre assuré habitera dans un rayon de 1 à 10 kilomètres.*”[511]

Cette citation amène deux commentaires. Le premier est que la notion de “forfait” ne signifie, à l’évidence, pas la même chose pour tous les syndicalistes, ce qui n’est pas pour simplifier les discussions. Le second, qui découle du premier, est que certains médecins refusent non seulement une rémunération forfaitaire (c’est-à-dire un tarif fixe par an et par patient), mais aussi un tarif “à la visite” fixe donc, pour eux, également “forfaitaire”. En résumé, ce à quoi semble s’opposer une part de plus en plus grande du corps médical, est la perte de l’autonomie individuelle du médecin, l’empêchant de fixer de façon autonome ses propres tarifs.

Certains syndicalistes soulignent un autre écueil : “*ne craignez-vous pas, dit-on, qu’étant payé le même prix pour toutes les visites, le médecin n’ait tendance à les multiplier pour les visites rapprochées et les diminuer pour les visites éloignées ?*”[512] Ce à quoi l’Union répond : “*C’est faire bon marché de la conscience professionnelle ; mais comme on sait qu’il peut y avoir des défaillances, je réponds : contrôle.*”[513] Mais n’est-ce pas justement le contrôle, plus que les abus, qui effraye le corps médical ? L’autonomie du médecin se verrait une fois de plus réduite.

Enfin, une dernière critique au sujet du “prix moyen” est que les malades qui ne peuvent pas bénéficier de ce tarif, car sortant du cadre des assurances sociales, et pour qui la visite pourrait être facturée plus cher, vont demander au médecin de s’aligner sur ce fameux “tarif moyen” : “*Cela va entraîner une répercussion fâcheuse sur nos clients ? Lorsqu’un paysan saura que nous allons voir son domestique*

510 Ibid., p. 439.
511 Ibid., p. 439 - 440.
512 Ibid., p. 440.
513 Idem.

blessé pour 20 francs et que, pour lui, le voyage est compté 30 francs, il réclamera ? Je ne crois pas qu'il soit bien difficile de lui expliquer pourquoi, et je ne crois pas qu'il en ait d'assez bornés pour ne pas comprendre."[514] Effectivement, nous pourrions même imaginer que les médecins, ressentant un manque à gagner (à tord ou à raison) en ce qui concerne les assurés sociaux, se "rattrapent" sur la "clientèle ordinaire" en augmentant encore d'avantage les tarifs. Mais le corps médical ne serait-il pas également tenté d'user de cet argument pour rejeter le "tarif moyen" pour d'autres motifs non avoués ? Il faut raisonnablement l'envisager, même si rien de permet d'être absolument affirmatif.

Au fil de ces débats, l'Union va s'accorder sur le fait que, s'il y a bien une notion de forfait dans le projet de loi, elle ne concerne pour le moment que le budget des caisses :

> "*Le Dr Jayle dit qu'il existe dans le projet de la Chambre un forfait, mais il semble entendre par là le forfait général des Caisses, plus exactement : le budget affecté par les Caisses au chapitre des soins médicaux et pharmaceutiques.*
>
> *Le Dr Lafontaine croit qu'on ne saurait s'opposer à ce que les Caisses prévoient un budget à cet effet et qu'au surplus si les fonds des Caisses ne sont pas indéfiniment extensibles, du moins l'existence des Caisses de compensation et la possibilité que laisse la loi de réviser, à intervalles régulier, la cotisation des salariés et des patrons, permettent de supposer que le budget de la Caisse locale n'est point aussi étroitement conçu qu'on pourrait le craindre.*"

Il est intéressant de constater que l'Union semble ici vouloir opposer, ou du moins clairement dissocier, ces deux avis. Il faut en effet rappeler que ces deux figures influentes du syndicalisme médical sont loin d'être d'accord sur l'attitude à adopter en ce qui concerne les assurances sociales. Le Dr Jayle, du Syndicat des Médecins de la Seine, était un des partisans du contrat collectif avec entente directe (sans tiers payant) et un des premiers à s'opposer finalement au principe même des assurances sociales. Le Dr Lafontaine, secrétaire général de l'Union, quand à lui, a toujours semblé adopter une attitude plus conciliante vis-à-vis de ce projet, en s'expriment de façon favorable au "contrat collectif avec organisation des soins et contrôle" (n'excluant pas le tiers payant) et en prônant sans cesse la collaboration du corps médical à la médecine sociale (sous toutes ses formes). Cette divergence fondamentale d'opinion transparaît une fois encore dans la citation précédente : le Dr Lafontaine ne pense pas qu'un budget forfaitaire des caisses puisse entraîner obligatoirement une rémunération forfaitaire des médecins, sous-entendant que le Dr Jayle pourrait ne pas être de son avis.

Par ailleurs, nous remarquons dans les propos du Dr Lafontaine, un élément d'une grande importance. En cas de dépassement du budget des caisses, il suggère

514 Idem.

- comme le permet la loi - d'en faire porter la charge aux caisses via une caisse de compensation, ou aux assurés et aux patrons en augmentant les cotisations. Mais nulle part il n'évoque la possibilité de réduire la rémunération des prestations de soins et donc les honoraires des médecins. Bien sûr, quelque soient ses convictions personnelles, le Dr Lafontaine ne peut pas s'exprimer en ce sens au risque de s'attirer les foudres d'une grande partie du corps médical, ce qui pourrait mettre en péril l'Union. Toutefois, en s'en tenant strictement aux propos du Dr Lafontaine, on pourrait imaginer que ce soit finalement les assurés qui fassent partiellement les frais des "dérives" ou imperfections financières du système.

Si l'Union tombe d'accord sur le fait qu'il faut s'opposer à une rémunération forfaitaire des médecins, elle est plus divisée en ce qui concerne le tarif. Une première division s'établit ainsi entre les partisans de l'établissement d'un tarif et les partisans de l'entente directe. Une seconde vient scinder les médecins favorables au tarif, en partisans du tarif limitatif et partisans du tarif non limitatif : "*Certains désireraient que ce tarif soit considéré comme le tarif de responsabilité des Caisses et non comme un tarif limitatif des honoraires médicaux, c'est-à-dire qu'on laisse au médecin la faculté de recevoir de son malade des honoraires en sus des sommes dont la Caisse est responsable (ce tarif serait analogue à ce qu'est, légalement, le tarif Breton pour les accidents du travail).*"[515] Ainsi, un tarif non limitatif permettrait des "honoraires supplémentaires" non pris en charge par les caisses, équivalents de nos actuels "dépassements d'honoraires".

Le dernier ordre du jour de l'Union de l'année 1924, qui concerne le tarif à la visite, résume très bien ces différents points de vue :

> "*Les honoraires du médecin seront des honoraires à la visite, déterminés :*
>
> *A) Soit par un tarif local établi d'accord par la Caisse et le Syndicat et qui pourra être :*
>
> *ou bien*
>
> *a) Un tarif moyen, limitatif ;*
>
> *ou bien*
>
> *b) Un tarif de responsabilité des Caisses et non un tarif limitatif des honoraires médicaux ;*
>
> *B) Soit par entente directe du médecin et du malade ; cette entente directe n'excluant pas l'établissement d'un contrat permettant le fonctionnement des Caisses, ni la nécessité d'un contrôle établi d'accord par la Caisse et le Syndicat.*"[516]

Ainsi, la conception la plus libérale de l'exercice médical prône l'entente directe, à l'opposé de laquelle se trouve le tarif moyen limitatif, avec une sorte

515 Ibid., p. 1211.
516 Idem.

d'intermédiaire qui serait le "tarif de responsabilité des Caisses" ou tarif limitatif des honoraires médicaux.

Mais, ce qui semble compter avant tout, c'est la façon dont sont déterminés les tarifs, plus que leurs montants, comme le souligne Patrick Hassenteufel, évoquant "*la libre détermination des tarifs par les médecins, exprimée par le mot d'ordre de la "libre entente" [ou "entente directe", NDLR].*"[517] En forçant un peu le trait, nous pourrions même supposer que les négociations sur les tarifs dans le cadre de l'AMG, des accidents du travail et de la loi des pensions avaient pour but, outre d'augmenter les tarifs, de montrer le pouvoir du corps médical dans l'autodétermination des tarifs.

4.6. Le projet de loi face à l'expérience de Roubaix-Tourcoing

En 1924, sous l'impulsion du patronat, le Consortium des Industries Textiles de Roubaix et de Tourcoing crée une "institution d'allocation-maladie"[518]. C'est en effet le premier projet de ce type a être appliqué en France, avant même l'entrée en vigueur de la loi sur les assurances sociales. Tout comme en Allemagne, l'influence du patronat semble jouer un rôle déterminant dans l'essor de la protection sociale, suggérant que cette dernière a bien pour rôle essentiel de protéger la force de travail et ainsi d'augmenter le productivité des industries. En France, cette démarche s'inscrit encore dans une ancienne stratégie de l'Etat visant à favoriser la prévoyance volontaire, comme en témoigne les propos du législateur dans l'exposé des motifs du dernier projet de loi sur les assurances sociales : "*Il y a le plus grand intérêt à donner à la prévoyance volontaire toute la sécurité désirable, à inciter les chefs d'industrie à multiplier leurs interventions pour couvrir les ouvriers et employés de tous les risques, à généraliser le plus possible l'oeuvre d'assurance.*"[519] Et, comme l'écrit Pierre Leclerc, à partir de 1923, les syndicats patronaux du textile adoptent une position moins tranchée et plus favorable aux assurances sociales que les industries métallurgiques et minières[520]. Cet accueil favorable d'une partie du patronat trouve d'ailleurs un écho positif parmi les membre de la CGT, alors que la SFIO (Section Française de l'Internationale Ouvrière) et la CGTU (Confédération Générale du Travail Unitaire) s'opposent au projet de loi[521]. Pour une partie au moins des ouvriers, il existe donc un contexte favorable à l'émergence d'oeuvres de prévoyance patronales privées se rapprochant du projet de loi d'assurances sociales en discussion.

517 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 16.
518 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1924, p. 607.
519 Ibid., p. 620. L'auteur de cette citation n'est pas précisé.
520 Leclerc, Pierre, 1996, pp. 241 - 242.
521 Ibid., pp. 240 - 241.

A noter que peu d'ouvrages traitent de la mise en place de l'allocation-maladie du Consortium de Roubaix-Tourcoing. A peine est-il mentionné par quelques ouvrages. Un seul, à notre connaissance, offre une analyse plus détaillée, sans toutefois traiter la question de la collaboration avec le corps médical, mais donne une bonne vision du contexte socio-économique et politique entourant l'élaboration de ce système : il s'agit de l'article de Jean-Claude Daumas, professeur d'histoire économique à l'université de Franche-Comté, intitulé "*Construction, organisation et fonctionnement d'un syndicat patronal régional : le Consortium de l'industrie textile de Roubaix-Tourcoing (1919-1942)*", que le lecteur pourra consulter en ligne[522].

Par ailleurs, et c'est une des justifications principales à cette analyse, l'allocation-maladie du Consortium aura une influence certaine dans les conflits à venir au sein de l'Union et la scission qui en découlera[523].

4.6.1. Les principales caractéristiques du système de Roubaix-Tourcoing[524]

En premier lieu, voici résumées ci-dessous les principales caractéristiques du système d'assurance-maladie en vigueur à Roubaix et Tourcoing :

Le cercle des assurés est représenté par "*tous les ouvriers et ouvrières, employés, contremaîtres, etc…, qu'ils soient mariés ou célibataires, et quel que soit leur âge, pour autant qu'ils remplissent les conditions générales du règlement distribué dans les usines adhérentes au Consortium.*"[525] L'assurance concerne donc tout le personnel sans distinctions. L'adhésion se fait à la demande de l'employé, donc sur la base du volontariat[526].

En ce qui concerne les prestations[527], une allocation est versée à partir du treizième jour ouvrable après la déclaration de maladie, pendant une durée de 90 jours, à raison de 5 francs pour les ouvriers adultes, 3 francs pour les ouvriers entre 15 et 18 ans et 2 francs pour les apprentis entre 13 et 15 ans. Le Consortium rembourse également aux malades 5 francs par consultation médicale, ainsi que les interventions chirurgicales, à raison de 50 francs pour les petites interventions, 100 francs pour les moyennes et 200 francs pour les grandes interventions. Sur ce dernier point, la classifications est établie selon les conditions fixées par le syndicat

522 Daumas, Jean-Claude, *Construction, organisation et fonctionnement d'un syndicat patronal régional : le Consortium de l'industrie textile de Roubaix-Tourcoing (1919-1942)*, Grenoble, 2009, 16 p. Consultable en ligne : <http://www.congresafsp2009.fr/sectionsthematiques/st33/st33daumas.pdf>.

523 Cf. paragraphe 5.4.3., plus loin dans notre travail. Se reporter, notamment, à l'ordre du jour "Gaussel".

524 Le lecteur pourra se reporter à l'annexe n°5 pour trouver un extrait, publié par l'Union, du règlement sur le service d'allocation-maladie du Consortium textile.

525 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1924, p. 629.

526 Ibid., p. 623.

527 Ibid., p. 626 et Ibid., p. 629.

médical. Des avances sont possibles - sous certaines conditions - pour les prestations financières. En dehors du risque maladie, le Consortium met également en place un système obligatoire de retraites ouvrières.

Le financement se fait uniquement par des cotisations patronales[528]. Par ailleurs, le Consortium verse une somme forfaitaire de 20 francs par an et par assuré aux sociétés de secours mutuel pour les ouvriers mutualistes[529].

L'organisation[530] du système est gérée par le "Service des Allocations-Maladies" dépendant du Consortium pour les assurés qui ne dépendent pas des sociétés de secours mutuel. Pour les autres, c'est la mutualité (financée par le Consortium) qui se charge de la gestion du système.

Quant aux modalités de coopération avec le corps médical[531], elles se basent sur le contrat collectif sans tiers payant, avec exclusion du "petit risque", le libre choix à l'intérieur des médecins syndiqués, le paiement à la visite[532] et le respect du secret professionnel. Sur ce dernier point, il a été demandé par le corps médical que le diagnostic n'apparaisse nulle part sur la déclaration de maladie[533]. Ces modalités ont été négociées par le corps médical sur la base des revendications que nous allons détailler au paragraphe suivant.

4.6.2. Les revendications de l'Union

Le corps médical, par l'intermédiaire de l'Union, va immédiatement faire entendre ses revendications, d'abord dans le cadre plus large des assurances sociales, pour ensuite les focaliser sur le système de Roubaix-Tourcoing :

> "*Les médecins, jaloux de l'indépendance sans laquelle ils ne pourraient exercer, ne veulent pas que le respect du secret professionnel soit diminué en quoi que ce soit ; d'où leur refus d'adhérer à des organismes administratifs d'Etat pouvant prétendre à un droit de regard et exiger des justifications incompatibles avec la dignité des praticiens. Et les médecins ne veulent point non plus voir leur profession être "fonctionnarisée" comme elle l'est en Allemagne et en Angleterre.*
>
> *L'existence d'une "Caisse de Maladie", telle qu'elle est comprise en certains milieux, supprime en quelque sorte la confiance réciproque qui règne actuellement entre le médecin et son malade. [...]*

528 Cela implique une suspension du service en cas de grève pour les nouvelles maladies, les anciennes restant prises en charge (Ibid., p. 623).
529 Ibid., p. 625.
530 Ibid., p. 626 et Ibid., p. 629.
531 Ces modalités sont également détaillées dans le contrat collectif publié dans le *Médecin Syndicaliste* (Ibid., p. 896) ; cf. annexe n°6.
532 Puisque le malade est remboursé pour chaque consultation médicale.
533 Ibid., p. 623.

La réputation de la médecine française n'est plus à faire ; formée par le temps, elle correspond exactement aux habitudes du pays. Si le médecin français, complètement indépendant, traite personnellement son malade, celui-ci connaît aussi personnellement son médecin ; et le malade trouve la meilleure des garanties dans ce que son médecin dépend de lui : il le paie.

Renversons le régime actuel, et mettons un tiers payant entre les deux parties. Que ce tiers payant soit l'Etat, une collectivité, ou un bienfaiteur, le résultat sera le même : le médecin sera payé à forfait sur le chiffre arrêté des ressortissants ou sur un nombre annuel de visites. Le malade paiera ou bénéficiera également d'un forfait : la cotisation donnée par lui ou la subvention accordée lui permettront de bénéficier, en cas de maladie, ou de simple malaise, des soins médicaux qu'il jugera nécessaires. Nous disons bien : des soins que le malade jugera nécessaires. En effet, étant donné le forfait, c'est le malade qui dira à son médecin : "Venez me voir, soignez-moi, je ne suis pas guéri, il me faut tel médicament, il me faut tel repos, etc.".

Sans vouloir prétendre que, par la jouissance du forfait, le malade entendra abuser sciemment des soins médicaux, on ne peut méconnaître ce sentiment bien humain qui consiste à dire : "… de toute façon, cela ne me coûte rien, ou cela ne me coûtera pas plus que la somme forfaitaire fixée ; je veux en profiter". [...]

Oserons-nous évoquer ce que, vis-à-vis des médecins, la critique pourrait énoncer ? Le médecin, dépendant du même forfait, ne pourrait-il être tenté, par le même désir humain, d'en profiter ? Pour la santé publique, les résultats de cet esprit auront des effets diamétralement opposés à ceux poursuivis. Si le médecin reçoit une somme fixe par tête d'inscrit à une organisation quelconque, son intérêt bien compris sera de limiter le plus possible les soins donnés aux malades. S'il reçoit, d'un tiers payant, une rétribution à la visite, le même intérêt l'incitera à augmenter le plus possible le nombre de celles-ci."[534]

En somme, c'est toujours l'indépendance du médecin que le syndicalisme entend préserver en s'opposant au contrôle administratif et à la fonctionnarisation, au tiers payant et au forfait, et en voulant protéger le secret professionnel. Par un argumentaire focalisé sur le souci de bien prendre en charge le patient, le corps médical déplace le centre de la problématique du prestataire de soins vers le bénéficiaire. Autrement dit, les intérêts des malades ne seraient garantis que par le respect de ceux des médecins, ceci s'intégrant dans la réciprocité du lien de confiance au sein de la relation médecin-patient. La seule entorse à cette logique, semble résider dans l'affirmation : "*Nous disons bien : des soins que le malade jugera nécessaires.*" ; sous-entendant que, par le "forfait", le malade prendra le pouvoir sur le médecin, remettant en cause une certaine forme de médecine paternaliste sous-tendue par le pouvoir du corps médical. Encore une fois, c'est le

534 Ibid., pp. 614 - 615.

pouvoir médical que les assurances sociales semblent mettre en danger, et ce à tous les niveaux du système de santé, de l'organisation globale de la santé publique jusqu'à la relation médecin-patient.

Il en découle les conditions suivantes, posées par le corps médical, dans le cadre de l'allocation-maladie du Consortium de Roubaix-Tourcoing :

> "*Il fallait donc, d'abord, écarter résolument du bénéfice des allocations les petits risques. [...] C'est ainsi qu'il a été convenu que le service des allocations-maladie n'interviendrait qu'après le douzième jour de la déclaration des affections. Cette clause permet de supprimer, a priori tout les motifs d'abus. [...] Il fallait aussi penser à la durée de la maladie pendant laquelle l'intervention du service serait accordée ; on ne pouvait admettre qu'il couvrirait les cas chroniques. Il faut, en effet, se rappeler, au cours du présent exposé, que le Consortium entend surtout aider les ouvriers de ses adhérents, sans avoir la possibilité de devenir une institution de soins et traitements pour tous les malades, quels qu'ils soient. Il fut alors convenu avec le corps médical que l'intervention du service cesserait après trois mois. [...]*
>
> *Le secret professionnel, qu'il est indispensable de conserver aux médecins, ne permettra pas au service de connaître la nature des cas, ni la façon dont ils ont été traités. Seul le nombre de jours d'immobilisation nécessaires sera indiqué. Le Consortium est dans l'obligation d'avoir la plus entière confiance dans la loyauté des médecins et des malades, et cependant il est naturel de penser que, sciemment ou non, des erreurs peuvent se produire. Soucieux de maintenir intacte l'honorabilité du corps médical, les Syndicats de Roubaix et de Tourcoing ont décidé d'organiser eux-mêmes le contrôle [...].*
>
> *Mais, pour que le corps médical prenne la responsabilité de la façon dont fonctionnerait le service, il a exigé que le Consortium ne traite qu'avec le Syndicat médical, parlant et agissant au nom de ses membres. Il n'y a pas lieu de voir là une restriction quelconque apportée au libre choix du médecin : la totalité des praticiens de Tourcoing fait partie du Syndicat médical, quelques exceptions seulement se constatent à Roubaix.*
>
> *Le corps médical a attiré l'attention du Consortium sur la nécessité d'être très prudent pour la période d'essai, fixée à un an. On ne possède aucun chiffre, et on ne peut fixer aucune probabilité, si large soit-elle, sur ce que peut être le fonctionnement d'une organisation comme celle envisagée. Il était donc nécessaire de limiter au début les prestations, quitte à les améliorer et à les augmenter lorsqu'on se trouvera en présence des premiers résultats. Pour la participation aux frais médicaux notamment, les médecins estimaient qu'il était nécessaire de laisser intervenir le malade pour une part dans le prix des visites ou consultations. Et tout au moins pour le premier*

exercice, il fut décidé qu'aucune participation[535] *ne serait envisagée pour les produits pharmaceutiques ; à ce sujet, pour justifier l'abstention en ce domaine, il y avait mille raisons, dont la moindre n'était pas la suivante : ne point donner lieu à critiques sur certaines facilités qu'auraient eues les malades à exiger des spécialités coûteuses, ou des médicaments dont l'indispensabilité n'aurait pas été reconnue."*[536]

Le corps médical (et non le patronat semble-t-il) souhaite donc, tout d'abord, la suppression des "petit risques" et des maladies chroniques du champ de cette assurance. Ainsi, il serait ici légitime de suggérer que le corps médical, sous couvert d'un argumentaire rejoignant la volonté du patronat de protéger la force de travail, veuille également restreindre le champ de l'assurance, les "petits risques" et les maladies chroniques représentant le plus gros de l'activité médicale. L'Union va d'ailleurs s'attirer les foudres de la CGT qui elle souhaite l'assurance de tous les risques de maladie[537].

En ce qui concerne ensuite le secret professionnel, largement mis en avant par l'Union dans les débats sur les assurances sociales, il permet, au delà de sa dimension déontologique, de légitimer le contrôle des prestations de soins par le corps médical lui-même, garantissant ainsi son indépendance. Il est sous-entendu que les médecins sont les seuls détenteurs du secret professionnel dans le domaine médical et que ce dernier ne peut être préservé qu'à l'intérieur de ce cercle restreint, ce qui écarte donc toute possibilité de contrôle extérieur.

Cela rejoint de façon évidente la condition suivante, faisant du syndicat l'élément incontournable du fonctionnement du service. La justification se trouve, d'une part, dans le secret professionnel et, d'autre part, dans l'obligation - de fait -, pour les médecins qui souhaitent participer au service d'assurances, d'être syndiqués, ce qui renforce le pouvoir de l'USMF.

Enfin, par la prudence demandée par le corps médical en ce qui concerne les prestations, c'est encore une fois le pouvoir du médecin qui semble ici en question. Le "ticket modérateur" demandé par les syndicats permet, outre la limitation des "abus", de maintenir la position du médecin qui définit le besoin sanitaire, les soins constituant une dette financière que le patient doit lui payer. Le tiers payant transfère cette dette sur la collectivité, en décharge le bénéficiaire et - selon certains syndicalistes - le déresponsabilise des frais engendrés par ses soins. En somme, le ticket modérateur (compromis entre le paiement direct et le tiers payant intégral), outre la réduction éventuelle de potentiels "abus", constitue un contre pouvoir du médecin à la demande du patient, ce dernier exigeant d'autant moins qu'il paye d'avantage. Le tiers payant donne également aux caisses un droit de regard et de contrôle sur le corps médical. La non prise en charge des médicaments par le

535 Il faut bien entendre ici "aucune participation de la part du Consortium", et non "aucune participation de la part des malades". (Ibid., p. 623)
536 Ibid., p. 619 - 620. Passages soulignés par l'Union.
537 Ibid., p. 1033.

Consortium, prônée par les médecins, rentre également dans cette logique et constitue une alliance avec l'industrie pharmaceutique naissante.

C'est finalement toujours le contrôle des assurances par le corps médical et la volonté d'indépendance qui semblent guider la stratégie des syndicats médicaux. Cela transparaît très nettement dans les propos de l'Union au sujet de la mutualité, par ailleurs si souvent critiquée : "*Seules, les mutualités ont pu réaliser une oeuvre magnifique ; c'est parce qu'elles sont restées résolument indépendantes et que si elles ont accepté des subventions, elles n'ont jamais admis de la part des donateurs aucun droit de regard sur leur activité.*"[538] Cela souligne également l'ambivalence du médecin face à la mutualité, qui est critiquée pour ses insuffisances de gestion mais louée pour son indépendance à face à l'Etat.

4.6.3. La participation du corps médical

Selon le Dr Quivy, du Syndicat du Nord, faisant fi de certains détracteurs, les médecins, sous certaines conditions, ont donc bien collaboré à ce projet :

> "*On a dit [...] que le Corps médical du département du Nord se refuserait à faire un contrat collectif en matière d'assurances sociales. Les faits sont venus démentir [...] cette [...] supposition : Les Syndicats de Roubaix et Tourcoing sont entrés en discussion avec le Consortium et ont collaboré à l'établissement d'un service. Cette collaboration a abouti à un contrat collectif sans tiers-payant, avec organisation du contrôle par le Syndicat médical et respect du secret professionnel.*"[539]

Il explique ensuite ce qu'il faut entendre par "contrat collectif" et semble répondre à certaines critiques faisant un amalgame entre contrat et "forfait" :

> "*Qu'on ne dise pas qu'il n'y a pas de contrat collectif ; qu'un contrat collectif, c'est le système alsacien, c'est-à-dire : la Caisse versant une somme, prévue à son budget pour les soins médicaux, entre les mains du Syndicat médical, qui sera chargé de la répartir entre ses membres, au prorata des actes accomplis.*
>
> *Un contrat collectif, c'est tout simplement un accord passé par une collectivité médicale ; il subsiste un état de choses nouveau à l'état ancien, où des collectivités imposaient des obligations à une individualité médicale isolée, sans que celle-ci ait des droits à faire valoir.*
>
> *Le Syndicalisme médical a pour but essentiel de supprimer le contrat individuel - passé, le plus souvent, au détriment de celui qui l'avait souscrit et toujours au détriment de la collectivité médicale - et de la remplacer par un contrat étudié par l'ensemble des membres du syndicat, adopté par ces*

538 Ibid., p. 620 - 623.
539 Ibid., p. 607.

derniers, et rédigé d'accord avec la collectivité : société de secours mutuels, caisse, organisation patronale ou autre…"[540]

Ce paragraphe illustre très bien un des enjeux essentiels des discussions : face aux collectivités les médecins ont besoin de s'unir contre les contrats individuels susceptibles de créer une concurrence entre les médecins qui risque de jouer en défaveur de la profession dans son ensemble. C'est par ailleurs la première fois que le contrat collectif[541], si longuement débattu par l'Union, entre en vigueur, soutenu par l'optimisme affiché du Dr Quivy. Et celui-ci de conclure ainsi son article :

"*Quoi qu'il en soit, l'assurance-maladie, avec contrat collectif sans tiers-payant, fonctionne désormais dans deux villes très industrielles et très peuplées du département du Nord. Le Corps médical a tout intérêt à suivre attentivement l'application de ce contrat. [...]*

On verra que les Syndicats de Roubaix et de Tourcoing ont fait passer, dans la pratique, le contrat collectif sans tiers payant, avec suppression du petit risque, respect presque complet du secret professionnel, tel que le Syndicat des Médecins de la Seine l'a adopté et fait admettre par l'Assemblée Générale de l'Union en 1923."[542]

L'exemple de Roubaix-Tourcoing porte de donc un coup dur aux détracteurs des assurances sociales en montrant, bien qu'avec très peu de recul, que l'organisation d'un tel système semble possible. C'est également une victoire de taille pour les défenseurs du contrat collectif sans tiers payant. Mais cela ne va qu'isoler d'avantage le Dr Lafontaine, voyant son soutient de toujours, le Dr Quivy, prendre de la distance dans une allusion sans équivoque au Syndicat des Médecins de la Seine, défenseur de l'entente directe et de plus en plus opposé à la ligne de conduite du secrétaire général[543]. Et ce n'est certainement pas sans raisons qu'en octobre 1924, le Dr Lafontaine annonce son départ du secrétariat général de l'Union[544], remplacé à ce poste par un Dr Quivy. Mais quitter le secrétariat ne signifie pas quitter l'Union, et le Dr Lafontaine restera un personnage influent du syndicalisme médical, maintenant une influence certaine sur l'évolution des assurances sociales.

Bien que tourmentée par des divisions internes, l'Union ne pourra finalement que reconnaître les avantages du système d'assurance adopté par le Consortium des Industries textiles de Roubaix et de Tourcoing, qui pourrait servir de base, ou tout du moins d'exemple, à l'élaboration des assurances sociales dans un cadre

---

540 Ibid., p. 607 - 608.

541 Le lecteur pourra se reporter à l'annexe n°6 pour une retranscription complète de ce contrat collectif.

542 Ibid., p. 608.

543 S'il est vrai qu'en 1923 le Syndicat des Médecins de la Seine ne s'est pas encore exprimé clairement en faveur de l'entente directe et marqué sa distance par rapport au Dr Lafontaine, il l'a fait depuis, ce que le Dr Quivy ne peut pas ignorer.

544 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1924, p. 948.

beaucoup plus large : "*Il semble que si on examine le système adopté [...], on pourra y trouver une grande partie de ce qu'il convient d'adopter dans cet ordre de faits. En effet, il y a là une base d'organisation qui ne peut échapper à personne.*"[545]

4.7. Des divisions internes aux menaces de scission dans l'Union

Précisons-le d'emblée ; peu de sources traitent en détails du syndicalisme médical dans l'entre-deux-guerres et, parmi elles, aucune ou presque n'analyse les débats internes aux syndicats. Le présent paragraphe se base donc exclusivement sur les écrits du *Médecin Syndicaliste*, seule source pertinente, malgré sa subjectivité évidente, pour analyser les débats et les divisions au sein de l'Union.

4.7.1. L'affirmation des différentes tendances au sein de l'Union

Des désaccords au sein de l'USMF, précédemment exposés, vont naître plusieurs groupes au sein de l'Union, que l'on peut schématiquement[546] décrire comme suit.

Une partie des syndicalistes soutient le contrat collectif avec organisation de soins et contrôle, admettant la possibilité d'un tiers payant et rejoignant la doctrine syndicale du Dr Lafontaine.

Une autre partie est favorable au contrat collectif avec paiement direct, donc sans tiers payant, essentiellement représentée par le Syndicat de Bourg-Trévoux, le Syndicat du Rhône et le Syndicat des Médecins de la Seine. A noter que ce dernier affichera toujours une volonté de rester fidèle à l'Union, afin d'éviter (du moins dans un premier temps), une scission pouvant affaiblir le syndicalisme médical, alors que les autres vont progressivement quitter l'Union pour former, avec un nombre croissant d'autres syndicats, la "Fédération"[547] ; nous allons y revenir. De plus, le SMS n'affiche, contrairement aux syndicalistes du Rhône et de Bourg-Trévoux, initialement pas d'opposition au principe même d'une loi sur les assurances sociales, bien que des divisions internes à ce syndicat existent sur ce point.

On note par ailleurs un certain nombre de points de vue intermédiaires se rapprochant plus ou moins de l'un de ces deux extrêmes. C'est ainsi que nous reproduisons le résultat d'un sondage mené par l'Union auprès de ses membres, en ce qui concerne le contrat collectif et le tiers payant, permettant de cerner les

545 Ibid., p. 648.

546 En réalité les divergences d'opinion sont extrêmement nombreuses au sein de l'Union. Il serait donc vain de vouloir en décrire toutes les tendances, qui semblent finalement aussi nombreuses que les syndicats adhérents à l'Union.

547 Il s'agit de la FMF (Fédération des Médecins de France) que l'Union mentionne sous le terme "Fédération".

différentes tendances existant au sein du syndicalisme médical ainsi que leur ampleur :

"*Total des réponses : 103.*

- Contre tout contrat collectif : 9 (Aurillac, Mauriac, Beaune, Bourg-Trévoux, Loire, Médoc, Nord (Fédération), Orne, Rhône, Savoie).

- Contrat collectif avec tiers-payant : 27.

- Contrat collectif sans tiers-payant : 59.

- Contrat collectif pis aller et sans tiers-payant : 7 (Alger, Loir-et-Cher, Loire et Sèvre, Lozère, Nantes, St-Maur-des-Fossés, Vincennes).

- Imprécis, sans conclusion : 2 (Loire-Inférieure, Chalon-sur-Saône)."[548]

Mais force est de constater, qu'après le vote du projet de loi par la Chambre puis par le Sénat, de plus en plus de syndicats "indécis" vont rejoindre le second groupe mené par le SMS, favorable au contrat collectif avec paiement direct. Nous allons à présent détailler cette évolution.

Bien qu'il y ait toujours eu des divergences d'opinion au sein du syndicalisme médical, et en particulier sur le thème de la médecine sociale, l'origine du conflit interne qui agite l'Union à partir de 1924, suite au vote du projet de loi par la Chambre des députés, remonte probablement aux années 1920 - 1921 avec l'émergence du contrat collectif qui fait naître des oppositions de plus en plus vives :

> "*En vérité une grave confusion s'était produite : pour certains opposants à l'assurance, dans son principe même, combattre le contrat collectif, c'était combattre l'assurance. Ceux-là auraient été heureux d'entraîner le corps médical dans une campagne dirigée contre l'assurance sociale, c'est-à-dire sur le terrain politique.*
>
> *D'autres, le plus grand nombre, n'avaient pas étudié le problème de l'Assurance dans toutes ses parties. Ils sentaient toute la gravité de l'Assurance-Maladie pour la pratique médicale et, volontiers, ils auraient voulu éviter d'avoir à s'en occuper. Ignorer le tiers-payant avait pour eux cette signification. Ils estimaient que mieux valait attendre qu'on vint les chercher : à ce moment, ils pourraient toujours poser leur conditions. [...]*
>
> *Peut-être un certain nombre était-il effrayé par la tâche qui allait incomber aux Syndicats d'organiser la médecine sociale.*
>
> *Quoi qu'il en soit, une violente campagne de Presse fut dirigée encore une fois contre le contrat collectif. On vit sortir l'argument de la "tyrannie syndicale".*"[549]

548 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1924, p. 971. Pour des raisons de clarté, nous avons très légèrement modifié la mise en forme du texte (tirets et retours à la ligne), mais le contenu est exactement fidèle à l'original.

549 Ibid., p. 1026. L'article en question n'est pas signé, mais est extrait d'un compte rendu de la Commission de Médecine Pratique, présidée par le Dr Lafontaine à partir de 1924, s'attachant notamment à examiner les questions relatives aux assurances sociales. Ces propos traitent *a posteriori* de la situation de l'Union dans les années 1920 - 1921.

Cette analyse critique, que l'on peut probablement attribuer au Dr Lafontaine, fait ressortir les déterminants majeurs (que nous avons déjà étudiés) du conflit qui fait rage au sein de l'Union, à mi-chemin entre le malentendu et la manoeuvre politique délibérée. Le contrat collectif et le tiers payant se fondent sur une lutte de pouvoir interne tiraillée entre la liberté individuelle du médecin et l'indépendance du corps médical.

De ces désaccords vont naître, en 1924, les deux projets de contrats collectifs dont nous avons déjà traités, et que l'Union détaille ainsi :

> "*Quoi qu'il en soit, dès maintenant, on peut dire que le Corps médical se trouve en présence d'une situation nette. L'Assemblée générale est en face de deux projets : un projet d'organisation de soins et de contrôle, sur le modèle de celui que nous avons élaboré et qui a déjà été publié deux fois [en 1922 et 1923, NDLR]. Ce système est, en somme, celui qui fonctionne pour la loi des Pensions, avec les améliorations qu'on a pu dégager de l'expérience de ce dernier et aussi les différences qui proviennent d'une situation qui n'est pas absolument identique.*
>
> *L'autre système ne peut être appliqué que si, au projet d'assurance-maladie, on donne une autre forme qui serait l'assurance des maladies, c'est-à-dire des risques classés, déterminés, catalogués.*
>
> *Dans ces conditions, chaque maladie constituerait un risque évalué et l'assurance serait ainsi appliquée : la maladie déclarée devrait être constatée par un médecin spécial, dit contrôleur ou expert ; ce contrat fait, le malade recevrait aussitôt les allocations prévues par les statuts de l'assurance, pour ce risque. Ces allocations lui permettraient de couvrir ses frais d'entretien et ceux de sa famille, pendant la durée de la maladie, et de rémunérer le médecin qu'il appellerait.*
>
> *On comprend bien que dans ce système existe un forfait qui n'intéresse pas le médecin. Le malade et le médecin se trouvent donc placés vis-à-vis l'un de l'autre dans la situation où ils le sont dans la clientèle ordinaire.*"[550]

Ces deux organisations correspondent respectivement au contrat collectif avec organisation de soins et contrôle (comportant une possibilité de tiers payant), et au contrat collectif sans tiers payant avec exercice dans les conditions de la clientèle ordinaire.

La précédente citation nous renseigne surtout sur les raisons de l'assimilation du second type de contrat collectif à un rejet du système des assurances sociales. En effet, les assurances sociales, et en particulier l'assurance maladie, ne constituent pas un système d'assurance ordinaire comme cela pourrait se concevoir dans le domaine privé. Elles forment un système étatique s'opposant à l'idéologie libérale défendue par une très large part du corps médical. L'enjeu est donc de

550 Ibid., p. 1032.

concilier un exercice médical libéral avec un système de soins “social” financé et contrôlé par des collectivités, dépendant *in fine* de l’Etat, notamment de part son caractère obligatoire. Il existe ainsi deux solutions : soit adapter la médecine aux assurances sociales en remettant en cause l’exercice libéral et une partie de l’autonomie du corps médical (c’est le premier projet), soit adapter les assurances sociales à la médecine d’alors en leur donnant une organisation plus libérale s’apparentant à celle des assurances privées (c’est le second projet). Si les deux grandes tendances qui se dessinent au sein de l’Union revendiquent la défense d’une médecine libérale, c’est surtout sa définition qui pose question. Se caractérise-t-elle par le libre choix, le tarif à la visite, les honoraires libres, l’entente directe, l’autocontrôle du corps médical ? Quoi qu’il en soit, sa définition ne semble pas faire l’unanimité, certains syndicalistes étant prêts à faire plus de concessions que d’autres en la matière.

C’est ainsi que le second projet présenté ci-dessus par l’Union constitue une sorte d’embryon de nos mutuelles complémentaires privées actuelles. Nous pouvons donc affirmer, sans trop nous méprendre, qu’elles sont le fuit du combat syndical de l’entre-deux-guerre et le résultat de la volonté d’une partie du corps médical. Mais elles trouvent peut-être également un soutien au sein du pouvoir politique français, traditionnellement attaché à l’initiative privée. Ce n’est que par ce second système que le corps médical se trouverait dans la situation de la “clientèle ordinaire”, c’est-à-dire sans intermédiaire entre le médecin et le patient, et donc avec le minimum de contrôle sur l’exercice médical. Le patient traiterait alors directement avec son assurance sans impliquer le médecin, comme dans n’importe quelle assurance privée. Et c’est de ce point de vue que cette conception mutualiste (au sens le plus “libéral” du terme) s’oppose au projet d’assurances sociales du gouvernement, dans la mesure où, échappant au contrôle de l’Etat, elle ne serait soumise qu’à la loi des marchés, à l’offre et à la demande. Cela aurait pour effet d’annuler tout le bénéfice d’une protection sociale voulue égalitaire et rétablirait un déséquilibre important entre les plus fortunés et les plus pauvres (notamment les ouvriers) au regard de l’accès aux soins. En effet, ces derniers n’ont généralement pas les moyens de souscrire à des assurances privées. Quoi qu’il en soit, à partir de 1925, le corps médical se montrera de moins en moins opposé à la mutualité “transformée” :

> “*Les Syndicats doivent remarquer [...] que les Sociétés de secours mutuel sont la matrice désignée d’une partie importante sinon de presque toutes les caisses. Certes, il reste cinq millions de bénéficiaires*[551] *hors des cadres de la Mutualité ; mais il suffira de préparer les étapes pour que ces personnes non agrégées viennent d’elles-mêmes s’inscrire au livre de la Mutualité transformée.*”[552]

551 Selon l’Union : “*Si l’on estime à dix millions le nombre des bénéficiaires de la loi d’assurance, c’est la moitié d’entre eux dont les Sociétés de secours mutuels entendent, de prime abord, assumer la représentation*.” (USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1925, p. 24.)

552 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1925, p. 25 ; propos du Dr Lenglet, successeur du Dr Lafontaine au poste de Secrétaire Général de l’Union (depuis 1924).

Cela aboutira à l'ordre du jour suivant, voté par l'Union en 1925 :

"*Les principes qui sont à la base de la pratique professionnelle étant respectés. A savoir :*

Libre choix. Secret professionnel. Tarif syndical à la visite.

Les Syndicats peuvent prêter leur concours à la Mutualité sous l'une des trois formes suivantes :

1° Contrat collectif avec organisation de soins et contrôle ;

2° Contrat collectif sans tiers payant ;

3° Entente directe du médecin et du malade sans contrat collectif."[553]

Si le corps médical s'accorde donc sur la nécessité de respecter le libre choix, le secret professionnel et le tarif à la visite, le contrat collectif, lui, est source de bien des tensions. C'est la raison pour laquelle cet ordre du jour laisse toute latitude aux syndicats pour choisir leurs modalités de coopération avec la mutualité. Il s'agit probablement du prix à payer pour maintenir la cohésion interne du corps médical dans le cadre du syndicalisme.

Cependant, le corps médical, bien que de plus en plus favorable à cette conception plus "libérale" des assurances dites sociales, y voit plusieurs limites. La première, évoquée ci-dessus, serait la nécessité de "classer, déterminer, cataloguer" les différentes prises en charge, en somme de "protocoliser" les assurances sociales, ce qui s'avère particulièrement complexe au regard du caractère imprévisible de bon nombre de maladies. La seconde - nous venons de l'évoquer - est que cela remet en cause le principe même (du moins celui retenu jusque là) des assurances sociales et la conception qu'en a le gouvernement, rendant d'autant plus difficile l'acceptation des revendications de cette part du corps médical par ce dernier. Enfin, "ignorer" en quelque sorte les assurances sociales, en laissant le patient traiter directement avec celles-ci, ne garantit pas pour autant l'absence totale de pressions sur le corps médical. En effet, des tarifs plus bas pourraient être "exigés" de la part des patients comme des mutuelles, soucieux de maîtriser leurs dépenses, et même de l'Etat dans le but de favoriser l'accès au soins.

Les diverses tendances au sein de l'Union étant conscientes de ces limites, cela ne fera que subdiviser les principaux mouvements syndicaux pour créer de nouvelles divergences d'opinions qui ne rendront que plus précaire l'unité du corps médical au moment où celui-ci en a le plus besoin.

4.7.2. La remise en cause de l'unité du syndicalisme médical

Pour la première fois depuis la première guerre mondiale, l'unité du syndicalisme médical est directement remise en cause dans le rapport du Secrétaire

553 Ibid., p. 68.

Général, Dr Lenglet, lors de la discussion et du vote de la “Motion d’Unité” de l’USMF en 1925, dont nous extrayons certains passages :

“*Le vote permettra peut-être à quelques-uns d’entre vous, qui avaient fait une menace, de réfléchir, de revenir sur cette menace, sans qu’il en coûte rien ni à leurs sentiments de justice, ni à leur conscience, ni à leur amour propre. Je vous prie donc, si le Président le permet, d’engager la discussion sur….. l’approbation de cet ordre du jour….. avec cette signification que tous ici, nous entendons discuter aussi passionnément que notre science nous le dictera, mais que nous n’entendons pas menacer. (Vifs applaudissements.)*”[554]

“*Dr Prallet. - “... Si vous voulez que la minorité reste avec vous - et je dois dire que l’ordre du jour que Bourg-Trévoux vous a adressé a été approuvé par la Haute-Savoie - nous ne demandons pas mieux que de rester, seulement il faut que vous agissiez avec loyanté. Il faut vous en tenir aux engagements que vous avez pris et ne pas changer du jour au lendemain ; il faut ne pas faire acte de tyrannie vis-à-vis de la minorité ; respectez ses idées et ne les assimilez pas absolument aux vôtres.*

Le Dr Bonvallet (Maine-et-Loire) repousse aussi le vote de la motion Legras”[555]

“*On passe au vote de la motion. Celle-ci est présentée sous forme d’un ordre du jour signé de MM. Legras, Lefèvre et Le Fur*[556]*.*

Le Président en donne lecture sous la forme suivante :

- “Pour clore cette discussion, je vous prie de voter par acclamation que nous sommes tous convaincus que l’intégrité de l’Union doit être maintenue aujourd’hui et toujours, envers et contre tout.”

Un délégué. - “Je demande le vote par délégation.”

M. le Président. - “Le vote par délégation va vous faire perdre deux heures. Ceux qui ont demandé le vote par délégation persistent-ils dans leur demande ?”

Dr Bouvat. - “Nous ne maintiendrons pas la demande de vote par délégation si l’on met le mot “personnel”. Nous ne voulons pas engager notre syndicat”.

Ainsi, dans l’esprit des confrères qui, tout à l’heure, refusaient de se prononcer sur la motion d’unité, celle-ci peut être acceptée si elle n’engage que les délégués et non les syndicats représentés.

Le Dr Le Fur (Seine) se rallie à cette façon de faire :

Dr Le Fur. - “Je demande que le mot “personnellement” soit ajouté dans cet ordre du jour, et tout le monde votera.”

Mais le Président intervient :

554 Ibid., p. 53. Propos du Dr Legras, du Syndicat des Vosges, auteur de la “Motion d’Unité”.
555 Ibid., p. 56.
556 A noter que le Dr Le Fur est membre du SMS qu’il représente.

M. le Président. - "Au point de vue des statuts, le mot "personnellement" n'a pas sa place ici. Vous êtes ici des délégués, rien de moins, rien de plus. Vous n'avez pas à voter personnellement…"

Il est procédé aux opération de scrutin, par appel nominal et par délégation. Les syndicats dont le vote n'a pas été enregistré sont appelés une seconde fois.

A midi 10, le scrutin est clos et la séance est levée.

Le dépouillement du scrutin sur la motion d'unité à lieu dans l'intervalle entre la séance du matin et celle de l'après-midi.

A 14 heures 15, la séance du jeudi après-midi étant ouverte, le Dr Decourt proclame les résultats du vote sur la motion d'unité :

Pour…… 11.955
Contre…… 139
Blancs…… 400

La motion est adoptée. (Applaudissements.)"[557]

Inutile de dire que le vote de cette motion n'a pas été aisé ; les débats à ce sujet, que nous ne pouvons pas retranscrire ici intégralement, représentent huit pages dans *Le Médecin Syndicaliste*. Même si seule une minorité de syndicalistes s'opposent à la motion d'unité, son adoption à une large majorité n'engage que peu les représentants syndicaux. En effet, il semble relativement évident que l'USMF ne peut empêcher un quelconque syndicat de la quitter, quand bien même il aurait voté une motion l'engagent à rester car, dès lors qu'il quitte l'Union, il n'a plus à répondre des engagement qu'il a pris envers elle. C'est peut-être pour cette raison que certains syndicalistes, malgré leur réticence, ont finit par accepter de passer au vote de la motion.

Le Dr Lenglet, nouvellement élu Secrétaire général de l'Union, va s'empresser de réagir à cette menace en brandissant d'éventuelles sanctions :

"*Revenons donc à l'exécution du premier temps du programme tracé par le Conseil de l'Union dans la circulaire 43 : l'entente à l'intérieur du Syndicat est une condition nécessaire.*

Or, les réponses déjà parvenues au Secrétariat de l'Union démontrent que certains Secrétaires sont dans l'embarras, que d'autres ne saisissent pas la portée des faits et qu'il est nécessaire de les inciter à agir et de les aider dans l'action.

Une des insuffisances radicales de notre syndicalisme est le désaccord de l'individu avec lui-même suivant les conditions et le milieu où il exerce sa personnalité. Tel qui vote avec la majorité de l'Assemblée syndicale pour l'application d'une mesure d'ordre général s'empresse d'enfreindre, dans la pratique, la loi qu'il a paru s'imposer et qu'il trouve bonne pour d'autres.

557 Ibid., p. 59 - 60.

Cela peut, cela doit cesser. Les statuts de nos Syndicats y doivent pourvoir et y peuvent pourvoir. Il faut qu'ils établissent des sanctions telles qu'elles atteignent automatiquement les manquements au contrat consenti par chacun de nous."[558]

En somme, ce que le Dr Lenglet souligne, c'est l'écart qui peut exister entre les intérêts individuels des médecins, les intérêts des syndicats locaux et ceux de l'Union. Nous avions déjà abordé ce point ; il semble, en effet, exister certaines contradictions entre la préservation de l'indépendance du médecin et la préservation de celle du corps médical tout entier. La liberté du groupe semble prévaloir sur celle de l'individu tout comme l'intérêt commun devrait prévaloir sur celui de l'individu, d'où, sans doute, les tensions constatées au sein de l'Union. C'est en tout cas ce qui ressort de certains débats au sujet des assurances sociales :

"*Je ne retournerai pas à l'auteur*[559] *le reproche qu'il nous adresse, à propos de l'assurance sociale, de faire de la politique*[560]*. C'est son droit d'avoir la conception qu'il a et d'essayer de la faire triompher ; mais c'est le nôtre de la situer sur son véritable terrain, car cela vous explique pourquoi les questions d'intérêt professionnel qui nous préoccupent sont si complètement étrangères à nos mandataires actuels. Catégories, quantum des tarifs, tout cela est étroit, mesquin, inexistant même, alors que la tâche à poursuivre est l'édification de la cité future. Rien ne montre mieux le curieux mysticisme dont se nourrissent certains esprits que l'allusion faite par le Secrétaire des Commissions*[561] *à la victoire qu'aurait remportée le Syndicalisme en faisant "triompher" dans la loi des Pensions l'organisation que vous connaissez.*"[562]

4.7.3. L'Union et la stratégie du Dr Lafontaine critiquées de l'intérieur

C'est à partir de là que les critiques faites, par ce qui n'est encore qu'une minorité de syndicalistes, à la stratégie de l'Union portée par ses dirigeants, dont le Dr Lafontaine, à l'évidence favorables au contrat collectif avec organisation de soins et contrôle, vont se faire de plus en plus incisives.

En ce qui concerne l'organisation de soins, elle serait pour certains synonyme de tarifs au rabais :

"*Organisation ? Oui, sans doute ! Organisation du viol du secret professionnel, organisation d'un contrôle fallacieux malgré sa minutie,*

558 Ibid., p. 89.

559 Probablement le Dr Lafontaine.

560 En effet le Dr Lafontaine a, à de nombreuses reprise, reproché aux détracteurs des assurances sociales de faire de la "politique". Ainsi, l'Union n'aurait pas à déterminer si les assurances sociales sont nécessaires ou non, ce qui est donc une question "politique", mais plutôt de déterminer la façon de les organiser et, en particulier, les modalités de coopération avec le corps médical.

561 Il s'agit du Dr Lafontaine.

562 Ibid., p. 113.

organisation d'un tarif au rabais, tout cela est vrai. Mais "organisation de soins" ? Ah ! quelle plaisanterie ! Cette locution impressionnante évoque l'idée d'un paradis sanitaire où une harmonie impeccable préside à des traitements savamment combinés… Or, je vous le demande, Messieurs, les pensionnés disposent-ils de cet Eden ? Sont-ils même aussi bien soignés que la clientèle libre, pour laquelle, paraît-il, les soins ne sont pas organisés ?

Je disais l'an dernier à cette tribune qu'un honoraire de 5 ou 6 francs-papier était un scandale intolérable. Que dire, maintenant, avec les progrès de la dévalorisation du franc, alors que les pensionnés exigent l'application du coefficient 1,80 aux taux de pension fixés en 1919 ? On ne peut que déplorer un pareil avilissement de l'acte médical. Ce n'est là, d'ailleurs, qu'un cas particulier de toutes les "organisations de soins" passées, présentes et futures, au sens que l'Union donne à cette expression.

"Organisation de soins" = tarifs au rabais, voilà l'équation que chaque syndicat devrait placer au frontispice de ses statuts."[563]

La loi des Pensions n'a donc pas fini de faire parler d'elle, tant les syndicalistes s'y réfèrent en matière d'assurances sociales. On notera également que les propos de ce syndicaliste, bien qu'opposés à la stratégie principale de l'Union, vont à l'encontre de ceux précédemment cités, fustigeant certaines basses considérations pécuniaires. C'est dire si la question financière n'est pas totalement assumée, et cela ne fait que souligner la complexité des débats et la multiplicité des opinions que chaque syndicaliste souhaite voir respecter.

Le Syndicat de Bourg-Trévoux, suivant la même ligne de conduite, va jusqu'à critiquer sévèrement la notion même de "prise en charge" (dont nous allons encore préciser la définition) :

"*Si, d'ailleurs, ces questions matérielles ont leur intérêt, elles s'effacent devant l'importance de l'abdication morale qui est conditionnée par la "prise en charge".*

… La "prise en charge", je le répète avec insistance, c'est la dépossession du médecin par le Syndicat, dont il devient le simple salarié ; c'est la disparition de la clientèle libre, vouée désormais au bazar-à-soins de la médecine collective…

Je termine en affirmant comme l'an dernier, au nom du Syndicat de Bourg-Trévoux, que le syndicalisme ne saurait consister, pour le médecin, dans le sacrifice complet de sa personnalité et que la pire des erreurs serait d'identifier la défense professionnelle avec la socialisation de la médecine. L'expérience de l'art. 64[564] *- la "prise en charge" des soins aux pensionnés - nous paraît concluante et nous sommes parfaitement décidés à ne plus la renouveler. Le Syndicat de Bourg-Trévoux est également décidé à exiger de*

563 Ibid., p. 113.

564 L'auteur fait référence à la loi des pensions.

l'Union qu'elle s'attache avant tout à une défense énergique de nos intérêts moraux et matériels."[565]

Cela fait écho aux propos d'un autre syndicaliste, anonyme, également opposé à l'orientation de la doctrine syndicale de l'Union :

"*On prétend que le syndicalisme que nous avons critiqué n'existe que dans notre esprit. Mais, alors, qu'est-ce donc que "la prise en charge de la médecine par la profession organisée dans ses Syndicats" ? Sous le régime actuel, on peut estimer, je pense, que dans l'ensemble, la médecine est prise en charge par les médecins. La formule que j'examine ne peut donc signifier qu'une chose, c'est qu'il faut préparer la dépossession du médecin par le Syndicat, la résorption de l'individu par le groupement professionnel, bref une organisation collectiviste de la médecine. [...] Il est bien clair, en effet, que la socialisation de la médecine ne saurait être réalisée isolément. Il est de toute nécessité que, pour obtenir par les contrats collectifs la prise en charge de la médecine, les Syndicats médicaux trouvent en face d'eux des groupements sociaux constitués sur le même type. Autrement dit, la formule*[566] *du Secrétaire de la Commission*[567] *n'a un sens que si elle s'intègre dans une refonte générale de la Société sur le plan du syndicalisme.*"[568]

Par "prise en charge", il faut donc comprendre prise en charge collective de la médecine et non prise en charge du patient. Cette expression désigne, en effet, la charge des soins qui incombe à la société. Au travers des assurances sociales, cette prise en charge, initialement effectuée par chaque médecin individuellement au sein du cadre restreint de la relation médecin-patient, tend à se "collectiviser" au travers d'une organisation à l'échelle de la société. Ce n'est plus seulement le médecin qui prend en charge son patient, mais c'est la société qui prend en charge ses patients. Et cette organisation ne peut se faire que par des collectivités ; d'une part, par une prise en charge financière assurée par les caisses et, d'autre part, par une prise en charge technique naturellement dévolue au corps médical organisé en syndicats regroupés dans l'Union. C'est pourquoi la stratégie actuelle de l'USMF est d'organiser la "prise en charge" technique de la médecine, ce à quoi certains syndicalistes, attachés à l'entente directe et à la liberté individuelle du médecin, s'opposent, de peur de voir leur autonomie restreinte par un contrôle syndical. Cela nous apprend que, passé la lutte pour l'autonomie du corps médical, celui-ci se fragmente, sous l'impulsion du projet d'assurances sociales, dans une lutte pour l'autonomie du médecin qui semble refuser tout contrôle, y compris celui de ses pairs.

565 Ibid., p. 113.
566 Entre guillemets, précédemment, dans la même citation.
567 Il s'agit du Dr Lafontaine.
568 Ibid., p. 112 - 113.

C'est finalement dans la bouche du Dr Cibrie que nous voyons se rejoindre le refus d'une "prise en charge" de la médecine par les syndicats et le refus du contrat collectif avec organisation de soins et contrôle, au profit d'un contrat collectif avec entente directe qui se rapprocherait le plus possible de l'exercice dans les conditions de la clientèle ordinaire :

> "*Je vous demande la suppression pure et simple, dans les conclusions du Secrétaire général, du paragraphe 1er du titre 5, ainsi conçu :*
>
> *'L'Assemblée générale invite les Syndicats :*
>
> *1° A poursuivre la réalisation de l'organisation syndicaliste de la médecine publique en matière de soins, de médecine de contrôle, de lutte contre les fléaux sociaux, de défense sanitaire."*
>
> *En effet, peu d'entre vous ignorent qu'aujourd'hui-même une forte majorité se prononcera contre une organisation de soins avec contrôle introduit dans les lois sociales. Je fais allusion, vous le comprenez, au débat sur la loi des assurances invalidité-maladie*[569]*. C'est à ce moment que ce paragraphe pourra trouver son application. Si vous votez le paragraphe tel qu'il est ce matin, je crois que vous mettrez le futur Conseil de l'Union dans la cruelle alternative de choisir entre deux textes opposés…*"[570]

Le Dr Cibrie fait allusion aux deux types de contrats collectifs que nous avons abordés précédemment, c'est à dire, avec organisation de soins et contrôle ou avec entente directe dans les conditions de la clientèle ordinaire. Cela montre bien la volonté du Dr Cibrie de faire basculer la stratégie de l'Union vers l'entente directe, en évitent d'éterniser certains débats que pourrait susciter ledit paragraphe. Le Secrétaire général de l'Union, Dr Lenglet, par ses conclusions, tente d'imposer indirectement le vote de l'organisation de soins avec contrôle, occultant la stratégie contraire pour laisser peu de latitude à l'opposition.

4.7.4. La réaction du Dr Lafontaine pour maintenir la cohésion du syndicalisme médical

Peu à peu, le débat se resserre autour de la problématique fondamentale des assurances sociales pour le corps médical, à savoir l'autonomie et la liberté des médecins, collectivement et individuellement, comme le sous-entend le Dr Lafontaine :

> "*Il est évident qu'il faut s'entendre sur la conception syndicaliste de la "prise en charge". Vous avez vu d'abord l'opinion du Dr Cibrie [...]. Le Dr Cibrie ne donne pas, dans son article, de raison à son opposition à la prise en*

569 C'est ainsi que certains syndicalistes désignent, de façon restreinte, le projet de loi sur les assurances sociales.
570 Ibid., p. 114.

charge de la médecine sociale. Mais nous trouvons ces raisons chez Vanverts et chez Duby.

Le Dr Vanverts s'imagine que la prise en charge de la médecine sociale signifie que le corps médical doit <u>seul</u> s'occuper de l'organisation de l'hygiène et de la médecine sociale. Eh bien, [...] cela n'a pas cette signification. La prise en charge de la médecine sociale, qui est du syndicalisme, n'a jamais été la remise de la médecine aux médecins. Nous n'avons jamais prétendu que le syndicalisme médical ait à organiser seul la médecine. C'est tellement vrai que vous n'avez qu'à regarder derrière vous ; vous verrez que quand il s'est agi de contrats pour la loi des pensions, vous avez dû traiter. Par conséquent, l'organisation de la médecine ne signifie pas la médecine aux médecins, comme la mine aux mineurs, la verrerie aux verriers. C'est là une conception absurde qui n'est pas la nôtre. [...]

Un de nos confrères disait que les syndicats médicaux, avec la doctrine de la "prise en charge", au lieu d'être des organismes de défense professionnelle, seraient des coopératives de gestion et d'exploitation et qui soumissionneraient…..

Eh bien ! le système de la soumission est exactement l'opposé de la doctrine syndicaliste. Voilà ce qu'il faut bien mettre dans votre esprit, et si je discute avec Duby, c'est que j'ai malgré tout encore l'espoir de le convaincre."[571]

Cela revient donc à redéfinir le rôle du syndicalisme médical, afin qu'il puisse concilier la liberté individuelle avec l'autonomie du corps médical. C'est, semble-t-il, chose difficile si l'Union entend intervenir dans l'organisation de la "prise en charge" qui, de fait, implique un contrôle, venant opposer la liberté du corps médical à celle, individuelle, du médecin. En effet, c'est l'autocontrôle du corps médical qui garantit, voire qui définit, son autonomie. Pour autant, la stratégie contraire, qui consiste à mettre l'autonomie du médecin au premier plan, au travers de l'entente directe, risque de fragiliser (entre autre par des divisions internes) et remettre en cause celle du corps médical. A ne rien vouloir lâcher, sur aucun des deux terrains, l'Union semble s'enliser dans une situation de plus en plus intenable.

Si elle s'oriente donc vers la défense des intérêts collectifs de la profession, même au détriment d'intérêts plus individuels, c'est sans doute qu'elle estime que c'est un moindre mal. L'union faisant la force, les intérêts des médecins auront d'autant plus de chance d'être respectés s'ils sont défendus collectivement plutôt qu'individuellement. En effet, les alternatives sont minces. Si le contrôle des assurances sociales échappe aux syndicats, elle ira dans les mains bien moins conciliantes encore des patrons, des caisses, ou de l'Etat, faisant principalement craindre le salariat ou la fonctionnarisation, comme le souligne un membre de l'Union : "*Enfin, il n'y a qu'un moyen d'empêcher le fonctionnariat médical,*

571 Ibid., p. 117. Le mot "seul" est souligné par l'Union.

d'empêcher le salariat médical, c'est d'organiser la profession par la profession et de présenter à toutes les collectivités les conditions du syndicalisme médical."[572]

A présent, le syndicalisme médical lutte sur deux fronts, qui sont le reflet l'un de l'autre : celui de la collaboration du corps médical aux assurances sociales et celui de la doctrine syndicale. Cela montre combien le syndicalisme médical est lié aux assurances sociales et combien ces dernières l'ont modifié jusque dans ses structures les plus fondamentales.

Bien que dans toute organisation syndicale il puisse y avoir des opinions contradictoires, il semble qu'à ce stade, les divisions au sein de l'Union soient suffisamment profondes pour compliquer sérieusement l'action syndicale, comme le constate le Dr Lafontaine, depuis peu secrétaire des "Commissions"[573] :

> "*Je suis enchanté que le débat s'engage comme il vient de la faire. Parce que, enfin, vous avez bien senti qu'il y a eu, cette année, quelques troubles dans l'Union et surtout dans les syndicats. On a l'impression très nette qu'il y a un arrêt du mouvement syndicaliste dans certains groupements…..*
>
> *On a donc le droit de dire qu'il y a quelque chose qui ne marche pas dans l'organisme que vous avez créé. Ce quelque chose, aujourd'hui, il faut que nous tâchions de l'extirper.*
>
> *La situation actuelle apparaît très nettement, après les interventions que vous venez d'entendre. En vérité, elle apparaissait déjà auparavant.*"[574]

En effet, les débats semblent s'enliser en ce qui concerne les modalités de coopération du corps médical dans le cadre du projet de loi sur les assurances sociales, les partisans de l'entente directe avec exercice dans les conditions de la clientèle ordinaire devenant peu à peu suffisamment nombreux pour paralyser l'action syndicale de l'Union jusque là orientée vers l'organisation de soins avec contrôle (des syndicats). Toutefois, si la situation se complique, on ne peut pas pour autant dire que le syndicalisme reste inerte, bien au contraire. Ces tensions vont influencer de façon majeure le syndicalisme médical et les assurances sociales.

S'il tente de faire bonne figure, René Lafontaine peut de moins en moins ignorer le risque de scission qui pèse sur l'Union : "*Pourquoi ne travaille-t-il [le syndicalisme, NDLR] pas assez ? Il y a une raison à cela. Je crois que cette raison réside dans l'émiettement un peu trop considérable des Syndicats, dans la poussière des Syndicats.*"[575] Le Dr Bonvallet, à l'évidence opposé au Dr Lafontaine, commente : "*Nous voyons que, dans l'Assemblée générale, dans les syndicats, il y a deux tendances : la tendance de ceux qui acceptent l'organisation de soins par le*

572 Ibid., p. 121.
573 Commission de médecine pratique et Commission de la médecine sociale.
574 Ibid., p. 115.
575 Ibid., p. 122.

corps médical, organisée avec tout ce plan que Lafontaine a élaboré, et nous a présenté en 1920…"[576] Avant même la scission à venir de l'Union, il existe donc des divisions de plus en plus franches au sein des syndicats, comme en témoignent les divergences d'opinion toujours plus nettes lors des assemblées générales.

Dans ces conditions, au terme de l'assemblée générale de l'Union, le Dr Lafontaine tente à nouveau de sceller l'unité du syndicalisme, par l'ordre du jour suivant :

"*L'Assemblée générale de l'Union,*

"Considérant :

Que le syndicalisme médical a pour objet de déterminer les devoirs et d'établir les droits du médecin dans la Profession, de la Profession dans la Société.

Que, depuis qu'ils existent, les Syndicats médicaux ont fixé les conditions professionnelles de l'exercice médical, qu'ils ont lutté pour les faire accepter ; qu'ils sont apparus ainsi comme des organes essentiels au point de vue social et dont le rôle est capital dans l'organisation de l'exercice médical.

Qu'ils ont conquis le libre choix, le tarif à la visite, le contrôle professionnel, des conditions de pratique meilleures, qu'ils ont soustrait le médecin isolé et sans défense aux exigences des Puissances d'argent, des Collectivités, de l'Etat.

Affirme à nouveau :

Que le Syndicalisme médical peut et doit organiser la médecine, dans toutes ses branches, sur toute l'étendue de son domaine (social et professionnel, scientifique et technique)."

Adopté (Avis contraires : 5)."[577]

Force est de constater que, selon lui, le rôle du syndicalisme médical dépasse de loin la simple défense des intérêts du corps médical, et entend organiser tout le champ de la profession médicale voire de la santé publique. Il n'est dès lors pas étonnant d'entendre le Dr Lafontaine soutenir la nécessité d'un ordre des médecins organisé par le syndicalisme. Mais cet ordre du jour, bien qu'adopté par l'assemblée générale (sans toutefois préciser le nombre d'abstentionnistes), réaffirme la suprématie et le contrôle du syndicat sur le médecin. Cela ne sera évidemment pas de nature à apaiser le querelles au sein du corps médical.

Par ailleurs, comme le souligne le Dr Lafontaine en conclusion d'un rapport sur les assurances sociales, certaines collectivités et l'Etat pourraient avoir tout intérêt à ce que le syndicalisme se divise et se fragilise, afin de faciliter l'adoption d'un projet dont certains aspects sont critiqués par le corps médical :

"*Je vous adjure, en terminant, de ne pas vous diviser. Nous pouvons d'autant moins songer à nous diviser que nous savons bien qu'on nous*

576 Ibid., p. 124. Propos tronqués par l'Union.
577 Ibid., p. 128.

guette, qu'on ne demande qu'une chose, c'est qu'une fissure se montre dans le bloc médical, parce qu'il y a autour de vous des intérêts ; il y a l'Etat, les collectivités, les mutualités, toute cette poussée de médecine sociale ; c'est de vous lier pour mieux vous tenir, pour faire de vous des ouvriers d'une oeuvre que vous n'aurez pas conçue et dans les réseaux de laquelle vous serez écrasés."[578]

Le Dr Lafontaine, s'il tente par tous les moyens de convaincre le syndicalisme médical de rester soudé, ne semble pas remettre en cause sa stratégie, pourtant de plus en plus critiquée par les syndicalistes et source de discorde au sein de l'Union. Pour l'heure, il apparaît que les rapports entre le Dr Lafontaine et ses opposants, essentiellement les Drs Cibrie, Duby et Vanverts, relèvent d'avantage de l'affrontement que de la conciliation. C'est ainsi que le combat mené par le syndicalisme médical s'éloigne de l'espace public et de l'Etat pour se recentrer au sein même de l'Union, rendant d'autant plus complexe la lute du corps médical pour faire entendre ses intérêts, en l'absence de stratégie commune et largement acceptée.

578 Ibid., p. 134.

Chapitre 5. - Le projet de loi d'avril 1925

5.1. Le contexte du projet de loi

Rappelons qu'en ce début d'année 1925, deux tendances s'opposent au sein de l'Union : celle du Dr Lafontaine, qui n'est pas hostile au tiers payant et qui l'affirme de plus en plus ouvertement, et celle d'une part de plus en plus grande des syndicats, menée par le Dr Cibrie, qui reste attachée à l'entente directe. Le Dr Lafontaine est convaincu que, dans une très large mesure, les syndicats seront favorables au tiers payant : "*sur 100 syndicats, il y en aura 95 ou, peut-être, 99 qui se rencontreront avec la Caisse et traiteront avec tiers-payant.*" Il ajoute qu'il n'y a rien de déshonorant à accepter un tiers payant qui "solvabilise" bon nombre de patients :

> "*Est-ce que, dans l'A.M.G, c'est [le tiers-payant, NDLR] une condition essentielle ? Est-ce que vous êtes alors des gens peu honorables parce que vous touchez du département ? Y a-t-il un manque d'honorabilité à toucher de l'Etat quand on a soigné un blessé de guerre ? Est-ce que, quand vous signez le bon d'un patron et que le patron vous paye, c'est un déshonneur ? Allons donc ! Ce n'est pas un déshonneur que d'être honoré par une caisse ou par un tiers, parce que le malade lui-même ne peut pas vous honorer et que vous ne pouvez tout de même pas faire l'aumône à une très grande partie de la population.*"[579]

Il faut bien admettre que ces propos, affirmant, non sans jeu de mot, qu'il n'y a pas de déshonneur a être honoré par les caisses, ne risquaient que de diviser d'avantage dans la situation où se trouvait l'Union. Le Dr Joubert, de Niort, fermement opposé au tiers payant, affirme, quant à lui, qu'il constitue un facteur de démoralisation de la profession médicale, car il limite notamment le libre choix, et un risque de fonctionnarisation :

> "*Les intérêts du malade [...], du Corps social et du médecin convergeant sensiblement vers une sorte de lieu géométrique, trouvent leur satisfaction essentielle en un principe qui doit nous servir de plate-forme immuable. Ce principe, on pourrait l'appeler : le principe de la liberté de confiance. C'est le principe de la solidarité entre client et médecin. A quelles conditions le malade voudra-t-il être soigné, croira-t-il l'être et aura-t-il le plus de chances de l'être en effet ? C'est, du moins en France, lorsqu'il aura la plus entière confiance. Cette confiance n'ira qu'au médecin de son choix… indépendant de quiconque - personne ou collectivité - qui serait tenté de s'immiscer en tiers.*
>
> *Les corollaires de ce principe de solidarité représentent exactement les droits que confèrent au médecin ses devoirs ; aussi ne vois-je pas meilleure plate-forme de nos revendications. Sauvé, il sauve avec lui tout*

579 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1925, p. 134.

l'essentiel : libre-choix, secret professionnel, tarif à la visite, indépendance, et j'ajoute paiement par le malade…

Tel est [...] la raison supérieure pour laquelle nous rejetons le tiers-payant, agent de paiement au rabais, de corruption vénale et de démoralisation.

La grande tare du tiers-payant [...], celle qui en fait une monstruosité absolument inadmissible, c'est qu'il démoralise l'esprit médical en son essence et l'asservit. Il place le médecin sur une pente moins dorée que savonnée, où, de concession en concession, il lui faudra glisser jusqu'à la fonctionnarisation. Il serait même plus exact de dire que, dans cette hypothèse, la fonctionnarisation sera virtuellement un fait accompli."[580]

Nous l'avions déjà dit, mais cette citation ne fait que le renforcer : tout semble se résumer au contrôle et donc à l'indépendance du corps médical et du médecin, problématique encore bien plus fondamentale que celle du niveau de rémunération. D'autres propos, ceux du Dr. Bonvallet, du Maine-et-Loire, viennent renforcer cette hypothèse : "*cette taxation avec tiers-payant donne un droit évident au contrôle par le tiers-payant. Du moment que vous admettez un tiers-payant, vous l'autorisez à contrôler. Je me demande si le médecin praticien trouve le contrôle agréable. Je crois, personnellement, que le contrôle peut se faire tout seul, en respectant les traditions de la vieille médecine [...].*"[581]

Bien sûr, cette question va relancer le brûlant débat sur le contrat collectif, point déjà longuement abordé et sur lequel nous ne reviendrons pas en détail. Nous rappellerons simplement que trois options sont proposées par l'Union : entente directe sans contrat collectif, contrat collectif avec tiers payant, contrat collectif sans tiers payant.

Sur d'autres fronts, l'Union doit faire face à un certain nombre de difficultés. Elle demande toujours un relèvement des tarifs dans tous les domaines de la protection sociale. Par ailleurs, les syndicalistes se trouvent dans l'impasse concernant la suppression du "tout compris" dans le cadre des accidents du travail[582], dont certains craignent qu'il ne soit appliqué à l'assurance-maladie. De même, les syndicats peinent à faire respecter, dans toutes les régions, le libre choix et le tarif à la visite, dans le cadre de l'AMG, des accidents du travail et de la loi des pensions. De plus, en ce qui concerne les accidents du travail, un arrêté du 24 décembre 1924[583] vient limiter les prescriptions remboursables et, de ce fait, nuire à un pouvoir fondamental du corps médical, à savoir la liberté de prescription. Cela va inévitablement amener un nombre de plus en plus grand de médecins à douter de la capacité de l'Union à défendre leurs intérêts dans le cadre de la médecine sociale,

580 Ibid., p. 137.
581 Ibid., p. 124.
582 Ibid., p. 348 et 351.
583 Ibid., p. 86.

créant le terrain favorable à la scission. Certains suggèrent ainsi qu'il vaut mieux s'opposer totalement aux assurances sociales, plutôt que de les laisser se développer alors même que l'Union n'est pas en mesure de garantir les intérêts de la profession médicale. Cela conduira certains syndicalistes à prendre de plus en plus d'indépendance vis-à-vis de l'Union, en refusant, par exemple, de prendre part aux débats sur les assurances sociales[584], ou encore, en intervenant auprès de la Commission Sénatoriale (sur les assurance sociales) sans mandat de l'Union[585]. Sur ce second point, le Secrétaire général apporte le commentaire suivant :

> "*Le 26 février 1925, la [...] commission sénatoriale entendait une délégation non mandatée qui - pour n'avoir pas compris la portée du terme "entente directe" dans ses effets sur le contrat entre syndicats et Caisses, et surtout pour n'avoir pas lu et compris les dispositions prévues par la circulaire 43*[586] *adressée aux syndicats dès le 29 janvier, - vint donner à la Commission sénatoriale l'impression de la division du Corps médical attendue et nous oserons dire souhaitée.*"[587]

Selon l'Union, cette intervention aurait ainsi permis un remaniement profond de l'article 4 paragraphe 2 du projet de loi (sur lequel nous allons revenir) et aurait donné aux caisses toute liberté pour établir la liste des médecins adhérents aux Unions nationales[588], sans nécessairement faire intervenir les syndicats. Bien que l'objectivité des propos ici rapportés ne soit absolument pas certaine, il semble que l'Union veuille avant tout montrer les dangers d'une division, afin de freiner les ardeurs de certains de ses membres.

Enfin, en 1925, de nouvelles tensions éclatent en Alsace-Moselle entre les médecins et les caisses, dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. Dans ces régions, la rémunération des médecins se fait sur la base d'un forfait réparti entre chaque médecin au prorata du travail effectué. Si ce mode de rémunération est loin de faire l'unanimité (surtout parmi les médecins de la "France de l'intérieur"), les revenus en découlant sont de plus jugés insuffisants par les médecins, qui demandent leur augmentation en fonction du coût de la vie. Mais les caisses, mises en difficulté par une situation financière précaire depuis déjà plusieurs années, se refusent à toute nouvelle augmentaMais cette augmentation de 30% ne satisfait pas la Fédération des Syndicats d'Alsace, qui souligne que le coût de la vie aurait

584 Ibid., p. 437.
585 Ibid., p. 598.
586 Cette circulaire concerne la cohésion du syndicalisme médical.
587 Ibid., p. 598.
588 Ibid., p. 598 - 599. La version initiale de l'article 2 paragraphe 4 est la suivante : "*L'assuré choisit librement son praticien sur une liste d'adhérents, syndiqués ou non, établie d'un commun accord entre les Caisses et les syndicats professionnels affiliés aux Unions nationales.*" (Ibid, p. 598) La nouvelle version, selon l'Union, aurait été modifiée de la façon suivante : "*L'Assuré choisit… sur une liste locale ÉTABLIE PAR SA CAISSE… et de tous ceux qui ont adhéré aux conditions FIXÉES PAR ELLES.*" (Ibid., p. 599, texte écrit en majuscules par l'Union).

augmenté de 33,5 % associé à une augmentation de 30 % de la charge de travail.[589] Dans l'impasse, plusieurs syndicats alsaciens décident une grève administrative[590]. Cela montre bien au reste de la France, que le corps médical risque de perdre sa liberté de fixer les tarifs, en le soumettant au contrôle des caisses, face auxquelles le corps médical alsacien semble avoir du mal à s'imposer. Cela va relancer de vifs débats entre les syndicalistes de l'Union au sujet des tarifs, et particulièrement au sujet du tiers payant - impliquant un contrôle - cher aux médecins alsaciens.

Après le vote du projet de loi par la Chambre des députés, celui-ci est discuté au Sénat en 1925, avec le Dr Chauveau pour rapporteur, et, selon l'Union, est modifié sur certains points. C'est ce que confirme M. Antonelli dans son résumé de l'économie du nouveau projet de loi[591]. Nous allons ainsi successivement exposé les nouvelles dispositions du projet, puis étudier les réactions des syndicalistes face à ces modifications.

5.2. Le contenu du projet[592]

En ce qui concerne le cercle des assurés, on ne note pas de changement majeur en ce qui concerne l'assurance obligatoire. Le plafond d'affiliation est maintenu à 10 000 francs par an (les 2000 francs supplémentaires par enfant à charge restent inchangés). Les conditions de l'assurance facultative demeurent inchangées. Selon les calculs de l'Union, l'assurance englobant les salariés dont les salaires s'échelonnent entre 1 200 et 12 000 francs par an, deux tiers des assurés seraient soustraits à l'assistance (50 % en se basant sur la précédente version du projet). A noter encore que le nouveau projet ne semble plus évoquer les régimes spéciaux (des mines, chemins de fer, salariés de l'Etat, etc.). Enfin, il serait susceptible de se substituer au système actuellement en vigueur en Alsace-Moselle.

A la liste des prestations est ajouté le "chômage involontaire". Les prestations seraient réduites pour "l'assurance continuée" : si le revenu d'un assuré (obligatoire ou facultatif) dépasse le plafond d'affiliation, il est averti dans les six mois qu'il cesse de participer à l'assurance maladie et que les cotisations qu'il pourra continuer à verser au titre de cette assurance seront affectées à l'assurance décès, invalidité et

589 Ibid., p. 333.

590 Ibid., p. 335. Il s'agit des syndicats de Strasbourg-Ville, Strasbourg-Campagne et Erstein.

591 Antonelli, Etienne, 1928, op. cit., pp. 34 - 35. M. Antonelli est ici cité par Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 247 - 249.

592 Les données sont issues du *Médecin Syndicaliste*, 1925, pp. 354 - 368, présentées par le Dr Lafontaine ; Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 246 - 249 (l'auteur reprend et commente ici essentiellement la source suivante : Antonelli, Etienne, 1928, op. cit., pp. 26 - 35) ; Centre de recherche et d'action sociales, 1926, op. cit., pp. 13 - 24.
Le lecteur pourra se reporter à l'annexe n°7 pour consulter les principaux articles du projet de loi concernant le corps médical.

vieillesse. Nous notons ainsi que ce sont les assurés à la limite du plafond d'affiliation qui sont rendus les plus vulnérables, dans la mesure où ils ne bénéficient plus des prestations au titre de l'assurance-maladie et qu'ils ne bénéficient que de faibles moyens financiers pour se soigner. De façon plus précise, les prestations en nature couvrent les soins de médecine générale et spéciale, les spécialités pharmaceutiques et les appareils, l'hospitalisation, les traitements dans les établissements de cure et les interventions chirurgicales. Ces frais sont couverts à hauteur de 80 à 85 %, 15 à 20 % restant donc à la charge de l'assuré, remplaçant le système du "ticket modérateur". Les prestations en espèces, quant à elles, sont constituées par une indemnité versée à partir du 9ème jour qui suit le début de la maladie[593], égale à un demi salaire, en tenant compte des "charges de famille[594]". A noter qu'au bout d'un délai de 6 mois, l'assurance-maladie cesse au profit de l'assurance-invalidité, ce qui limite la prise en charge des maladies chroniques et de certains fléaux sociaux[595].

Le financement n'est pas fondamentalement modifié dans son principe. Les cotisations sont maintenues à 10 % des salaires, réparties à parts égales entre le patron et l'employé, avec une faible participation de l'Etat. Le budget annuel de l'assurance aurait été évalué à 5 milliards de francs.

Pour ce qui est de l'organisation, selon l'Union, le projet de la Commission du Sénat ne définit pas de nouvelles institutions organisatrices des assurances sociales. Ces dernières se placeraient dans le cadre administratif actuel, les finances des caisses étant surveillées par les "inspecteurs des finances" et la gestion assurée par les fonctionnaires du Ministère du Travail. Ainsi disparaissent du nouveaux projet les offices régionales et l'office national où les médecins étaient représentés. Les litiges, quant à eux, seraient traités par les juridictions ordinaires. Les seules organismes définis sont les caisses (locales et départementales) et les fonds de garantie et de majoration. Contrairement au projet de la Chambre, celui du Sénat ne prévoit pas de caisses régionales. L'Union note que le projet ne précise rien quant à l'organisation des établissement de santé[596] (hôpitaux, maisons de santé, centres de cure, laboratoires, etc.) dans le cadre des assurances sociales. Le Dr Chauveau explique cela par la nécessité d'attendre les capitaux générés par l'assurance pour entamer cette réorganisation. Cela pose la question de savoir comment les patients seront soignés en dehors de chez eux ou du cabinet du médecin[597]. Enfin, la mutualité prend une place plus importante : faisant initialement office de sorte de "caisse de remplacement", elle adopterait désormais le même

593 Rien ne précise ce qu'il faut entendre par "début de la maladie". S'agit-il de la date du diagnostic ? Inutile de préciser que certaines maladies débutent à une date qu'il est généralement très difficile voire impossible de déterminer, bien avant la date du premier diagnostic.

594 Tient notamment compte des enfants à charge.

595 A l'époque, les médecins entendent notamment par là la syphilis, la tuberculose, les cancers, etc. Le traitement de certaines de ces maladies était plus long qu'actuellement.

596 Rappelons que le seul projet prévoyant cette organisation était, jusque là, le "projet Grinda".

597 L'Union se pose d'autant plus la question que, en étudiant le système alsacien, elle remarque que le libre choix n'est pas appliqué à l'hôpital.

statut que les autres caisses. Pour constituer une caisse, celle-ci doit comprendre un Conseil d'administration de 12 membres et avoir au moins 300 adhérents ou 50 000 francs de cotisations annuelles ou une réserve d'au moins un million de francs.

En ce qui concerne les modalités de coopération avec le corps médical, les diverses commissions mixtes, impliquant les médecins, sont réduites et limitées au cadre départemental. Le contrôle semblerait peut évoqué dans le nouveau projet, le Dr Chauveau indiquant simplement qu'il serait fait parallèlement par les syndicats et les caisses. Le libre choix serait[598] réduit par rapport au projet de la Chambre, en vertu du paragraphe 2 de l'article 4 (qui se rapprocherait d'avantage de l'ancien projet Grinda), que nous avons déjà abordé. Le paiement direct serait rendu possible par la loi. L'Union précise toutefois que le paiement à la visite n'est pas abordé[599], de même que le secret professionnel, exception faite des dispositions prisent en cas de violation de celui-ci.

5.3. La réaction de l'Union

5.3.1 Les critiques de l'Union

De multiples points de discussion sont abordés par l'Union, plus ou moins sources de divisions, que nous allons tenter de résumer ici malgré leur nombre et la complexité de certains d'entre eux.

5.3.1.1. L'aspect technique négligé

La première critique évoquée par l'Union concerne l'aspect "technique" qui ne serait pas suffisamment pris en compte, comme le souligne l'Union : "*nous pouvons percevoir, à l'examen du projet de loi, qu'il ne prévoit ni l'appropriation des ressources des Caisses aux perfectionnements matériels nécessaires à l'hospitalisation, à la science et à l'enseignement, ni l'intervention indispensable du corps médical à titre d'administrateur de la partie technique, médicale.*"[600] Pour Patrick Hassenteufel, cette problématique remonte aux débats sur l'AMG mise en place par la loi de 1893, le texte ne fixant "*que de façon très lâche les rapports entre les médecins et l'administration*"[601]. L'analyse que nous avons effectuée jusqu'ici nous laisse penser que l'Union reproche en réalité aux assurances sociales de ne

598 L'Union elle-même emploie le conditionnel, c'est dire si le remaniement de cet article, suggéré par l'Union, reste incertain.

599 Il est toutefois difficile d'imaginer un paiement direct sans paiement à la visite.

600 Ibid., p. 370.

601 Hassenteufel, Patrick, *Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire*, in *Les tribunes de la santé*, n°18, Paris : Presses de Sciences Po, janvier 2008, pp. 21 - 28. En ligne. <http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=SEVE_018_0021>. Consulté le 21 mai 2015.

pas assez respecter les intérêts du corps médical, risquons-nous à dire, de ne pas être assez favorables au corps médical, qui, nous l'avons dit à de nombreuse reprise, souhaite devenir l'acteur central d'un système constituant un nouveau marché de soins considérablement étendu. La critique émise par le corps médical semble également rejoindre ici une autre critique, à savoir le risque d'une baisse de la qualité des soins par les assurances sociales.

5.3.1.2. Une mauvaise organisation administrative

Le second point concerne l'absence de structures administratives spécifiques dans l'organisation des assurances sociales, qui feraient appel à l'inspection des finances et au Ministère du travail. L'Union commente :

> "*Si les nécessités budgétaires obligent à respecter et à utiliser ce qui existe, les nécessités morales et techniques commandent de prévoir et de préparer une évolution et une transformation opportunes et rapides.*
>
> *On n'y peut parvenir qu'en dotant les Caisses d'une organisation foncière, robuste et souple et en évitant l'éparpillement des efforts et le gaspillage des ressources en des entreprises hospitalières sans portée.*
>
> *Or, le projet de loi n'est pas à ces fins une armature solide par l'indéfinition et le vague où il laisse, en son article 24, paragraphe 3, la composition et la nomination du Conseil d'administration de toutes les Caisses d'assurance.*"[602]

Là encore, il semble nécessaire de lire entre les lignes. Derrière les termes vagues de "nécessités morales et techniques", se cache vraisemblablement la crainte de l'Union de voir les assurances sociales organisées et contrôlées par des structures au sein desquelles le corps médical n'est pas ou peu représenté, car créées sans lui bien avant l'essor de la médecine sociale dans un cadre beaucoup plus général. Or l'Union, du moins pour les syndicalistes proches des idées du Dr Lafontaine, souhaite participer à la construction des assurances sociales, sans doute essentiellement pour prendre la plus grande part possible à leur contrôle ; d'où la volonté de voir naître des organismes nouveaux, au sein desquels le syndicalisme médical pourrait exercer son influence (peut-être au-delà même des intérêt dits "techniques" du corps médical). Les propos suivants viennent ainsi conforter notre analyse :

> "*Si l'on rapproche de cette disposition*[603] *[concernant les placements financiers des Caisses, NDLR] celle qui n'assure pas dans l'administration des Caisses la présence des représentants d'Unions professionnelles, on*

602 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1925, p. 371. L'Union émet les mêmes réserves en ce qui concerne les Conseils d'administration des Unions des caisses (plus loin p. 371).

603 Cette disposition spécifie les modalités selon lesquelles les caisses peuvent effectuer des placements financiers ; mais son contenu exact a en réalité peu d'importance ici, si ce n'est que le corps médical ne s'y trouve pas associé.

conçoit que toute réforme de l'organisation ancienne de soins, tout perfectionnement profitable aux bénéficiaires et à l'Etat, se trouvent radicalement compromis.

La situation faite aux assurés les place au rang des indigents inscrits à l'A.M.G., la disposition inacceptable de la loi donne à l'assistance publique la gestion réelle de toute l'organisation hospitalière et crée, à son profit, un privilège injuste autant qu'immérité."[604]

Si, bien sûr, on ne peut que reconnaître une certaine logique dans l'argumentaire ici brièvement exposé, l'Union occulte soigneusement les bénéfices que pourrait tirer le corps médical s'il était impliqué dans la gestion financière des caisses. Les médecins pourraient alors orienter les investissements effectués, certes peut-être pas à leurs profits individuels, mais au profit de la médecine au sens large, ce qui pourrait être bénéfique aux assurés. Les avantages que pourraient en tirer les médecins se rattachent donc plus à leur pouvoir qu'à leurs finances.

Ce point est d'une importance certaine dans la mesure où, comme le souligne Patrick Hassenteufel[605], les rapports entre les médecins et les caisses ont pu jouer un rôle non négligeable dans la scission à venir. Nous remarquons toutefois que ce n'est pas sur ce thème que les syndicalistes affichent le plus de désaccords.

5.3.1.3. Une organisation hospitalière inadaptée

En lien avec le point précédent, l'Union s'attaque ensuite à l'organisation hospitalière, qu'elle juge inadaptée aux nouvelles assurances sociales. Comme le précise Raymond Gatelmand[606], un des rares auteurs à avoir abordé le syndicalisme médical hospitalier, il faut rappeler que, "*pendant longtemps, la puissance publique a considéré que l'activité du médecin hospitalier était le prolongement de son activité libérale !*"[607] Rappelons encore que l'hôpital fut créé dans le cadre de l'assistance, et qu'il conviendrait donc, selon les syndicats, de le restructurer pour l'adapter à l'assurance :

"*L'organisation et l'administration hospitalières régies par les lois anciennes restent absolument inaccessibles à l'intervention des Caisses.*

L'hôpital fondé pour l'indigent et le nécessiteux est entretenu par des malades payants de toute catégorie sociale.

604 Ibid., p. 372.

605 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 95.

606 Chirurgien français, né en 1938, ayant exercé à la fois dans le secteur public et privé, qui a collaboré à plusieurs reprises aux revues "*Le concours médical*", "*La gazette médicale de France*" et "*La presse médicale*".

607 Gatelmand, Raymond, *Les trois aspects du syndicalisme médical*, 2015. En ligne. <http://www.kylom.com/gatelmand/index.phpoption=com_content&view=article&id=325&Itemid=252>. Consulté le 21 mai 2015.

Les médecins donnent à l'hôpital leur temps et leur science par charité et pour la notoriété qu'il en peuvent recueillir, la loi nouvelle les astreint sans compensation à subir de nouvelles charges et responsabilités.

Les fondations sont détournées de leur destination.

Aucun progrès n'est prévu ni possible par le jeu de la loi dans l'ordre hospitalier, dans l'enseignement et dans la science médicale.

L'hôpital qui devrait être un établissement d'assurance reste, en fait, un "établissement d'assistance"."[608]

L'enjeu est ici que, dans l'entre-deux-guerres, l'activité médicale tend à se déplacer vers l'hôpital, où l'on soigne des malades "solvables", mais où les médecins ne sont généralement que peu - voire pas - payés du fait du "tout compris".

L'Union ajoute, quelques lignes plus loin :

"*Si l'on ajoute à ces catégories nouvelles [les bénéficiaires de l'assurance, NDLR], celle des personnes qui, bien que pourvues de certaines ressources, recourent à l'hôpital, on voit combien s'amoindrit chaque jour la part de travail administratif et médical réservée à l'indigent et combien est grande la somme des efforts hospitaliers qui s'adressent à des catégories sociales recourant non plus à l'ancien hôpital mais à une organisation à frais communs dont ils attendent des services et non plus un bénévole et gratuit secours.*"[609]

Autrement dit, l'hôpital est amené à accueillir des patients ayant, soit des revenus suffisants pour rémunérer honorablement les médecins hospitaliers, soit bénéficiant des assurances sociales qui les solvabilisent. C'est pourquoi l'Union demande une majoration du budget hospitalier ainsi que des tarifs[610] à l'hôpital. En effet, le coût d'une hospitalisation englobe les honoraires du médecin et les frais de fonctionnement de l'hôpital. Si les coûts de fonctionnement venaient à augmenter, du fait d'un plus grand nombre de patients amenés par les assurances sociales, d'examens plus onéreux, d'un travail administratif plus important, etc., certaines collectivités pourraient être tentées de rogner sur les honoraires médicaux. C'est la raison pour laquelle l'Union demande également la majoration du budget global. C'est ce que souligne l'Union : "*C'est à cette persévérance que nous obligent des lois qui règlent la dépense hospitalière d'après les prix de journée établis pour les indigents et sans tenir compte de ces nouvelles nécessités conséquentes aux conditions de l'existence de l'individu et au développement journalier de la science médicale.*"[611]

608 USMF, *Le médecin syndicaliste*, 1925, p. 373.

609 Ibid., p. 374.

610 En réalité, les médecins sont théoriquement payés à l'hôpital mais, selon l'Union, ce ne serait pas toujours le cas en raison du "tout compris" (sorte de forfait hospitalier) et, de plus, les tarifs sont jugés tellement faibles que beaucoup de médecins semblent assimiler leur travail à du bénévolat.

611 Ibid., p. 375.

Par ailleurs, le texte de loi n'apporterait aucunes garanties quant à la construction de nouveaux hôpitaux souhaitée par le corps médical en raison, selon l'Union, d'une absence de contrôle de l'Etat comme du corps médical sur les investissements des caisses (que l'Etat d'ailleurs subventionne). L'Etat et le corps médical n'auraient de ce fait pas d'avantage à la gestion hospitalière ou à celle des établissements de cure[612]. Comme nous l'avons déjà évoqué, l'Etat seul peut garantir l'autonomie et indirectement le pouvoir du corps médical par l'intermédiaire de la loi. Peut-être l'Union pense-t-elle impossible de pouvoir prendre en main seule le contrôle de la gestion hospitalière, mais, au travers de la loi, elle pourrait espérer obtenir un droit de regard sur le fonctionnement hospitalier. De plus, il semble plus aisé de traiter avec l'Etat et ses représentants, que de multiplier les interlocuteurs en traitant également avec l'administration hospitalière. Il s'agit donc, là encore, d'une probable stratégie syndicale qui vise à accroître le contrôle des médecins sur le versant hospitalier des assurances sociales.

L'Union détaille ensuite les principaux points de l'organisation hospitalière qui, selon elle, nécessitent d'être révisés.[613] Elle demande la révision du statut hospitalier pour l'accorder aux besoins nouveaux. Elle signale l'incompatibilité de l'exercice de la clientèle et de la charge de médecin-chef d'importants services.

Les syndicats se questionnent ensuite sur la possibilité d'organiser des grands hôpitaux avec le libre choix absolu[614]. Dans ce but, des fondations hospitalières devraient être créées par département pour satisfaire aux besoins des bénéficiaires. Il incombe, selon l'Union, au législateur d'assurer à cette organisation les ressources nécessaires.

Par ailleurs, l'USMF pointe le danger de l'éparpillement des efforts et de l'émiettement des fonds[615].

De plus, les besoins et les nécessités auxquels devra satisfaire l'hôpital commanderaient de restreindre le nombre des centres hospitaliers et de faire concourir toutes les Caisses, faibles et puissantes, à leur création et à leur entretien par l'entremise obligatoire de l'Union des Caisses.

L'Union demande encore qu'une distinction soit faite entre la situation "technique" des médecins des hôpitaux, des villes de Faculté et la situation des médecins des grands hôpitaux hors des villes de Faculté.

Diverses conceptions du service médical à l'hôpital sont ensuite proposées par l'Union : le "service par roulement", le médecin spécialisé délégué dans sa fonction, le libre-choix.

---

612 Ibid., p. 373.

613 Ibid., p. 375.

614 Autrement dit, faut-il limiter le choix aux seuls médecins hospitaliers ou est-il possible de l'élargir à l'ensemble des médecins ?

615 Notamment par la multiplication de caisses, surtout celles de petites tailles n'ayant pas les ressources financières nécessaires pour assurer le fonctionnement des hôpitaux (Ibid., p. 378).

Enfin l'USMF souligne que les Caisses doivent pourvoir aux nécessités de leur rôle social médical par la création de ressources propres à assurer, par l'hôpital, la valeur de l'enseignement et le développement de la science.

Ces points sont ensuite longuement détaillés et expliqués. Nous nous contenterons ici d'analyser brièvement les plus importants.

Il convient tout d'abord de constater que, si l'Union désire en apparence améliorer le fonctionnement de l'hôpital au bénéfice des usagers, elle cherche également à défendre les intérêts des médecins. C'est ainsi que, par une restructuration de l'organisation technique et administrative de l'hôpital, ainsi que par l'obtention de garanties en ce qui concerne son financement, l'Union souhaite, d'un côté, prendre part à son contrôle et, de l'autre, assurer aux médecins y travaillant des honoraires suffisants. Cela amène les syndicats à reconsidérer la place du médecin à l'hôpital ainsi que les modalités de son exercice, que l'Union souhaite le plus libéral possible, comme le montrent les propos du Dr Lafontaine :

> "*On serait alors conduit à cette alternative : ou bien continuer à n'avoir qu'un service de soins et d'études sans rapport avec ce qu'on en doit attendre actuellement et où les intérêts individuels du médecin seraient en conflit moral permanent avec ceux de la collectivité, ou bien ouvrir largement les portes de l'hôpital à tous les médecins traitants, chacun d'eux continuant à y assurer, pour sa part, le traitement de ses propres malades.*"[616]

Il est évident que c'est à la seconde alternative que va la préférence du corps médical, bien que cette organisation présente de nombreuses limites. Ainsi, le Dr Lafontaine poursuit :

> "*Si donc on ne peut accepter ni la solution ancienne, ni, quant à présent, sans restriction, la solution qui aurait les préférences du corps médical, on se trouve par l'examen logique des faits, conduit à penser que le médecin chargé de grands services hospitaliers doit être exclusivement attaché à ces services, qu'il doit être rémunéré en conséquence, qu'il ne doit pas exercer la médecine et qu'il ne doit intervenir médicalement hors de l'hôpital que lorsqu'il y est appelé par un ou plusieurs praticiens. Les effets d'une telle fonctionnarisation ne sont pas à redouter, si d'autre part, ce praticien de l'hôpital demeure au contact étroit des autres médecins par l'intermédiaire des groupements professionnels.*"[617]

Autrement dit, l'exercice libéral, comme il se conçoit au cabinet, semble difficile à importer à l'hôpital, du moins à l'hôpital public, ce qui implique un certain degré de salariat ou de fonctionnarisation. Mais cette contrainte semble d'autant moins problématique qu'elle passe par les groupements professionnels, donc par les syndicats. Finalement, l'organisation des soins à l'hôpital se résume, pour l'Union, à trois possibilités, dont une seule paraît possible :

> "*Comment concevoir l'exécution du service médical à l'hôpital ?*

616 Ibid., p. 376.
617 Ibid., p. 377.

Trois solutions se présentent :

Etablir de très petits services comportant 10 à 20 lits et répartir ces services entre tous les médecins de la ville où sera situé l'hôpital.

Ou bien établir de grands services et les confier à des médecins exclusivement attachés à leur oeuvre hospitalière.

Ou, troisième solution, laisser dans l'hôpital le libre choix intégral au malade.

Cette troisième solution, qui aurait ses avantages, crée des difficultés techniques inextricables, quand il s'agit de centres importants, les seuls dont il soit ici question.

Pour des raisons complexes, la première solution n'est guère mieux opérante et manque d'opportunité. Donnons en une seule raison : les médecins de ville auraient seuls le soin des malades venus de tous les points d'un département. Ces médecins étant des praticiens pourvus de clientèle, il en résultera bientôt des conflits regrettables entre praticiens.

Reste donc la solution radicale qui enferme le médecin des grands services dans sa fonction et qui lui interdit toute clientèle hormis le cas où ses avis sont invoqués en consultation par des praticiens."[618]

Les soins ne peuvent donc être assurés que par des médecins exclusivement attachés aux hôpitaux. Force est de constater que l'Union admet ici des principes qu'elle a, jusqu'ici, combattus de manière acharnée. Mais l'organisation de l'hôpital est en réalité une question à part : la place grandissante que prennent les malades payants à l'hôpital rend nécessaire de nouvelles modalités de rémunération des médecins. Un autre paramètre à ne pas négliger est que, dans l'esprit des syndicats, la médecine hospitalière est assimilée à une médecine de charité, ou comme disent certains, une "médecine pour pauvres", relativement éloignée d'une sorte de "prestige" propre à la médecine libérale. Si, dans le cadre de la médecine libérale extra-hospitalière (dite "de la clientèle ordinaire"), la fonctionnarisation peut remettre en cause les confortables revenus de certains médecins, à l'hôpital, elle pourrait paraître bien moins préjudiciable face à des revenus considérés comme dérisoires. Toujours est-il que le corps médical doit composer avec une administration hospitalière préexistante pour soigner des malades payants et obtenir une rémunération en retour. La fonctionnarisation pourrait donc avoir l'avantage de garantir des revenus aux médecins hospitaliers. Par ailleurs, la réduction d'autonomie à laquelle elle conduit semble pouvoir être compensée par un contrôle syndical plus grand, maintenant une certaine indépendance collective du corps médical. A l'inverse, on peut supposer qu'une fonctionnarisation inévitable pour des raisons d'organisation pratique, impose un contrôle plus poussé des organisations professionnelles. Une autre hypothèse est que cette fonctionnarisation, qui remet en cause une sorte de libre concurrence en lien avec le "libre choix" dans l'exercice libéral traditionnel, n'a pas autant d'implications à l'hôpital où le travail s'effectue au

618 Ibid., p. 380.

sein d'équipes et où la hiérarchie est bien plus ancrée. Qui plus est, il y a moins de concurrence entre les médecins hospitaliers et extra-hospitaliers qu'au sein même de la médecine extra-hospitalière, les pathologies soignées et les patients pris en charge n'étant pas les mêmes, bien que cette frontière puisse être atténuée par les assurances sociales. Finalement, le corps médical craint d'autant moins de perdre son autonomie à l'hôpital, qu'il ne l'a en réalité jamais eue dans ce cadre, contrairement à la médecine "de la clientèle ordinaire". Une dernière remarque toutefois : il faut noter que l'Union ne précise pas ici ce qu'elle entend par fonctionnarisation et notamment n'évoque pas le mode de rémunération des médecins, qui, s'ils sont salariés, ne sont pas obligatoirement écartés d'une rémunération "à la visite", nous devrions plutôt dire ici "à l'acte", qui est un des fondements de la médecine libérale.

Se pose enfin la question de l'accès des assurés aux hôpitaux. L'Union distingue ici deux types d'hôpitaux : ceux des caisses et ceux à caractère public. Cela reviendrait à bien séparer les malades qui relèvent de l'assurance de ceux qui relèvent de l'assistance. Pour l'USMF, il existe plusieurs possibilités :

> "*Ici deux solutions sont possibles : ou bien fermer aux catégories étrangères [à l'assurance, NDLR] les hôpitaux des Caisses et rejeter ces catégories vers les hôpitaux publics actuels, ou bien ouvrir les hôpitaux des Caisses dans des conditions déterminées.*
>
> *Il est encore une autre solution pour les malades des Caisses, comme pour les bénéficiaires d'autres lois ; passer traité avec les hôpitaux actuels. C'est une méthode de transition, ce ne doit être qu'une méthode de transition.*"[619]

Cet extrait du *Médecin Syndicaliste* laisse penser que l'Union, en évoquant la réorganisation du système hospitalier, ne souhaite en réalité pas la réorganisation ou l'adaptation des hôpitaux publics actuels, mais plutôt la création d'un nouveau système hospitalier dédié aux malades de l'assurance. Une des principales raisons est vraisemblablement que les syndicats ont toujours eu le plus grand mal à traiter avec le secteur hospitalier et qu'il paraît plus facile de s'intégrer à un système nouveau en voie de construction qu'à une administration hospitalière apparaissant depuis longtemps hermétique au syndicalisme médical. Une autre raison est la condescendance affichée envers l'hôpital public, que nous retrouvons dans l'expression "rejeter ces catégories vers l'hôpital public", hôpital toujours perçu par une large partie du corps médical comme produisant une médecine "pour pauvres" de basse qualité.

619 Ibid., p. 382.

5.3.1.4. Le manque de cohérence entre les différentes lois de protection sociale.

L'Union dénonce ensuite le manque de cohérence et d'interactions entre les différentes lois sociales :

> "*La loi de prévoyance est la dérive lointaine des lois de bienfaisance [...] et les rapports de ces lois ne sont nulle part envisagés par le législateur. [...] Aucune adaptation, aucune relation, ne sont prévues ni même envisagées entre ces lois qui ont entre elles des rapports évidents et étroits ; ainsi nous préparons dans l'incompréhension des faits, des ordres incohérents. [...] Il convient que la loi d'assurances sociales marque la connaissance de ces rapports nécessaires avec les autres lois régissant l'instruction publique, l'hygiène sociale et les diverses formes de la médecine collective. Il convient que l'exécution des projets qui intéressent dans ces lois la société soit au titre de l'enseignement, soit au titre de la science, soit au titre de la pratique médicale et de l'hospitalisation, convienne et corresponde à la satisfaction des nécessités communes.*"[620]

Le corps médical souhaite une unification de la médecine sociale et une clarification des rapports entre la loi sur les assurances sociales et les autres lois sociales, surtout celles qui concernent l'enseignement, l'hygiène, la science, l'hôpital, en somme les lois qui intéressent directement les médecins. Par ailleurs, nous remarquerons qu'il ne s'agit pas de domaines parallèles aux assurances sociales avec lesquels il y aurait des interactions horizontales, mais plutôt de domaines pouvant servir les assurances sociales et les intérêts des médecins, dans une conception plus verticale.

5.3.2. L'analyse par article

Après ces critiques d'ordre général, l'Union analyse et commente point par point les principaux articles du projet de loi. Nous remarquons que c'est la première fois qu'un projet de loi d'assurance maladie-invalidité est commenté et critiqué par l'Union, article par article. Partant de critiques au départ assez globales, l'Union se focalise progressivement sur des revendications de plus en plus précises.

5.3.2.1. L'assurance obligatoire

Au vu de l'article premier[621], déterminant les conditions d'affiliation à l'assurance, l'Union émet le souhait de voir les "vieillards" et les "chroniques"

620 Ibid., p. 383.
621 Ibid., pp. 384 - 385.

(principalement les syphilitiques et les tuberculeux[622]) introduits dans la loi. En effet, selon la version actuelle, au-delà d'un délai de 6 mois, l'assurance maladie se transforme automatiquement en assurance invalidité, dans le cadre de laquelle les prestations de soins sont moindres. Bien qu'il semble relativement logique, d'un point de vue médical, de maintenir les syphilitiques et tuberculeux dans le cadre de l'assurance maladie plutôt que dans celui de l'invalidité (dans la mesure où des soins prolongés sont nécessaires), nous ne pouvons ignorer que, d'une part, cette prise en charge à un coût sans doute non négligeable sur le budget des caisses et que, d'autre part, le maintient de ces patients dans le champ de l'assurance maladie les solvabilise d'avantage que dans celui de l'assurance invalidité, ce qui n'est pas sans intérêt pour le corps médical. Par ailleurs, l'Union souhaite voir remplacer, en ce qui concerne le plafond d'affiliation, le terme "salaire" par le terme "revenu" et souhaite des sanctions pour les fraudeurs qui bénéficient à tort de l'assurance. En demandant ces modifications, l'Union réduit le cercle des assurés et accroît par conséquent celui des patients de la "clientèle ordinaire" chère à bien des médecins.

L'Union s'attarde ensuite sur l'article 4[623] et principalement sur le paragraphe 2 ; point que nous avons déjà abordé précédemment. Comme nous l'avions dit, elle souhaite un retour à la version précédente qui impliquait les syndicats dans la détermination de la liste des médecins affiliés aux assurances sociales. Par ailleurs, l'Union souhaite que le patient, pour les visites à domicile, puisse choisir n'importe quel médecin et non pas seulement parmi ceux de la commune où il réside comme le stipule le paragraphe 3, tout en admettant que la caisse ne soit responsable que du tarif relatif au médecin le plus rapproché (la différence restant à payer par le malade). Cela accroît le libre choix et, dans une moindre mesure, un certain degré de paiement direct. De plus, en souhaitant la modification du paragraphe 4, dans le but de préciser que les tarifs ne déterminent que la part de responsabilité des caisses, autrement dit qu'il ne s'agit pas de tarifs limitatifs, les médecins restant libre de facturer un supplément à leurs patients[624]. Mais ils seraient également libres de réduire leurs tarifs au-dessous de ce tarif de responsabilité, engendrant, selon certains syndicalistes, une concurrence déloyale ; d'où la nécessité par ailleurs d'établir un tarif syndical minimum :

> "*C'est pourquoi l'acte syndical qui établit des tarifs moyens et qui fixe le minimum ordinaire de la rémunération de l'acte professionnel n'est pas la manifestation d'une coalition d'intérêts, mais le moyen de garantir le médecin contre la tentation de créer, par une féroce concurrence d'honoraires, une activité médicale désordonnée, préjudiciable à l'administration des soins et nuisible aux malades.*"[625]

622 Ces deux maladies font à l'époque partie de ce que les médecins appellent les grands "fléaux sociaux" et au regard desquels les lois d'hygiènes publiques ont été créées.
623 Ibid., pp. 385 - 388.
624 Voir également : ibid., p. 439.
625 Ibid., p. 508.

La modification du paragraphe 5 est également souhaitée dans le but d'élargir les modes de paiement et de favoriser le ticket modérateur et les contrats collectifs :

> "*Le Conseil pense que, pour ne pas préjuger du mode de paiement. Il serait préférable de remplacer : "leur montant est remboursé" par : "leur montant est supporté". De plus, pour permettre l'adoption de mesures telles que le ticket modérateur, il demande qu'on ajoute à la fin de ce paragraphe la phrase suivante : "et suivant les modalités établies par les contrats"."*[626]

La nouvelle version de l'article 5[627], elle, est saluée par l'Union car, selon elle, élimine le "petit risque" et limite donc l'encombrement des cabinets médicaux par la mise en place d'un délai de carence de 9 jours. Nous ne reviendrons pas sur le lien entre "petit risque" et encombrement des consultations, si ce n'est que les "petits risques" étant les plus fréquents, les médecin pourraient avoir un intérêt à les maintenir dans le cadre de la "clientèle ordinaire" et donc du paiement direct.

Venons-en ensuite à l'article 6[628] : "*L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention, dépendant de la Caisse d'assurance dont il reçoit les secours de maladie.*"[629] L'Union demande sa suppression pure et simple. Elle craint ici, de toute évidence, de voir les caisses organiser leur propre médecine, éventuellement avec des médecins salariés, dans des structures de soins échappant au contrôle syndical[630]. Le Dr Lenglet, secrétaire général, commente :

> "*Cet article mène à l'établissement d'une médecine de policlinique qui ferait dévier la médecine et la loi d'assurances sociales de leurs buts ; crainte d'autant plus justifiée,* dit-il*, que les médecins seront d'avantage maintenus étrangers à la gestion des caisses. Là encore éclate l'importance de cette notion, à savoir : que la question de la participation des médecins à la gestion des Caisse est peut-être la plus importante de celles toutes soulevées par la loi.*"[631]

Le Dr Longuet ajoute : "*Il y a là, d'après l'expérience alsacienne, un danger considérable. Les Caisses feront, avec leur réserve d'argent, des hôpitaux, des policliniques, où elles feront dispenser, par deux ou trois médecins dociles, de la médecine de bazar.*"[632] D'autre, comme le Dr Michon, opposant au Dr Lafontaine, n'ont pas cette crainte : "*le médecin, sans compétence en matière administrative, n'a pas à intervenir dans la gestion de la Caisse, organe administratif. D'ailleurs, en pratique, étant donnée la crise financière, les Caisses feront beaucoup moins de*

626 Ibid., p. 387.
627 Ibid., pp. 388 - 389.
628 Ibid., pp. 389 - 390.
629 Ibid., p. 389.
630 Voir également : Ibid., pp. 439 - 440.
631 Ibid., p. 389.
632 Idem.

constructions qu'on veut bien le dire."[633] Force est de constater que l'avenir, au moins sur la seconde partie de son propos, lui donnera certainement raison. Mais l'immense majorité des médecins semble surtout craindre ici une concurrence des caisses dans la production de soins, plus qu'une détérioration de ces derniers, comme en témoigne les propos du Dr Legat : "*Le Dr Legat a adjuré le Conseil de prêter attention aux avertissements du Secrétaire général. Dans son département, il existe une caisse*[634]*, qui, avec des cotisations de 2% trouve le moyen d'avoir des installations techniques formidables, qui suppriment pratiquement la médecine privée dans les localités où elles fonctionnent.*"[635]

L'article 7[636] donne également lieu à plusieurs critiques, principalement en ce qui concerne le paragraphe 1, traitant des responsabilités données aux syndicats médicaux, et dont voici la version initiale de 1925[637] : "*Les Syndicats professionnels de praticiens ont la responsabilité respective des services qui les concernent dans le fonctionnement de l'assurance-maladie, sans préjudice de la responsabilité personnelle des praticiens. Ils contrôlent eux-mêmes parallèlement avec la Caisse d'assurances.*"[638] Ce texte était de nature à satisfaire totalement l'Union et les médecins puisque, d'une part, il leur donne un pouvoir non négligeable dans le fonctionnement de l'assurance-maladie et, d'autre part, préserve (au moins partiellement) l'autonomie individuelle du médecin face à celle du corps tout entier. Mais, quelques mois plus tard, au cours des discussions au Sénat, la dernière phrase du paragraphe est modifiée comme suit : "*Ils [les syndicats, NDLR] contrôlent eux-mêmes la façon dont le service est assuré sans qu'il puisse être porté atteinte aux droits propres de la Caisse.*"[639] Cette nouvelle version limite grandement l'influence qu'espérait avoir l'Union sur le fonctionnement des caisses, les sénateurs ayant sans doute jugé opportun de ne pas donner un trop grand pouvoir au corps médical. L'Union, bien sûr, demande fermement à revenir à la version antérieure.

Par ailleurs, elle demande l'inscription dans cet article de la nécessité du respect du secret professionnel qui, jusque là n'y apparaît pas.

Enfin, elle souhaite que soit ajouté la disposition[640] suivante en ce qui concerne le contrat collectif : "*Les Syndicats médicaux ou leur union ne peuvent être liés que par des contrats librement acceptés par eux. Les litiges relatifs à l'application de ces contrats doivent être exclusivement réglés par les organes*

633 Ibid., p. 390.
634 Bien sûr il ne s'agit pas là d'une caisse d'assurance maladie-invalidité, qui n'existe pas encore dans la "France de l'intérieur", mais vraisemblablement d'une caisse fournissant des prestations dans le cadre d'autres lois de protection sociale.
635 Ibid., p. 390. Propos rapportés par l'Union.
636 Ibid., pp. 390 - 391.
637 Version votée par la Chambre des députés.
638 Ibid., p. 390.
639 Idem.
640 Rédigée par le Dr Batier de la Commission de médecine pratique.

prévus par les contrats eux-mêmes."[641] Autrement dit, cela rendrait le contrat collectif obligatoire au regard de la loi. Bien que l'Union ne retranscrive pas ici la réaction des syndicalistes, on peut imaginer que cette disposition ne fasse pas l'unanimité, d'autant qu'une partie d'entre eux est fermement opposée au contrat collectif, symbole d'une sorte de pouvoir syndical absolu.

5.3.2.2. Le fonctionnement et l'organisation des caisses

L'article 21[642], traitant de l'administration des caisses, est également critiqué par l'Union. Selon elle, les médecins pourraient ne pas être assez représentés au sein du conseil d'administration des caisses. L'article, en effet, ne précise que peu de choses concernant la composition du conseil d'administration, si ce n'est qu'il doit comprendre 12 membres dont la moitié au moins d'assurés élus. Ainsi, la modification suivante est voté à l'unanimité par l'Union, moins la voix du Dr Michon[643] du syndicat de Bourg-Trévoux : "*Le Conseil d'administration des caisses doit comprendre 12 membres dont un tiers de représentants professionnels médicaux et pharmaceutiques.*"[644]

L'article 23[645] laisse la *possibilité* aux caisses de réaliser des oeuvres d'intérêt commun et de se grouper en unions départementales, régionales ou en une fédération nationale. L'Union demande que cela devienne une obligation, afin "*d'éviter la dispersion des efforts*"[646]. C'est également l'occasion pour l'Union de réaffirmer sa volonté d'effectuer un contrôle "technique" sur la gestion des caisses :

> "*Il faut aux caisses, pour toucher au but et assurer le service invalidité, une part de cerveau technique. Cette part n'existe que dans les Union professionnelles et c'est là qu'il la faut prendre. Il faut au Conseil d'administration de plus précises obligations que celles que lui crée le projet de loi. Il faut aux Caisses non l'éparpillement des ressources et le vain émiettement des efforts, mais la cohésion de l'harmonie dans l'effort et l'article 23 n'est pas un article d'obligation, mais article qui permet de faire ou de ne pas faire, c'est un article du moindre effort et de l'inertie.*"[647]

Le Secrétaire général ajoute : "*L'économie du projet de loi doit rendre non pas facultative mais obligatoire les unions des caisses. Ces unions doivent avoir une administration tripartite, élue, chargée d'élaborer et de faire exécuter les projets*

641 Ibid., p. 390.
642 Ibid., pp. 391 - 392.
643 Voir également : ibid, p. 440.
644 Ibid., p. 391.
645 Ibid., pp. 392 - 393.
646 Ibid., p. 392.
647 Idem.

d'utilité commune ou générale."[648] Voila sans doute pourquoi l'Union demande l'*obligation* et non la *possibilité* : si les caisses sont obligées de créer des oeuvres d'intérêt commun et de se regrouper en unions et en fédération, cela rend d'autant plus indispensable un avis - ou même un contrôle - "technique" impliquant les médecins. Cela est donc susceptible d'accroître le pouvoir du corps médical.

L'article 26[649] complète le précédent et précise les modalités selon lesquelles les caisses peuvent effectuer des placements financiers. Son premier alinéa est ainsi rédigé : "*Les Caisses d'assurances peuvent effectuer leurs placements : [...]*"[650], suivi du détails des différents placements possibles. L'Union, elle, souhaite qu'il soit modifié ainsi : "*Les Union des caisses peuvent effectuer…*"[651] ; ce que le secrétaire général explique de la façon suivante :

> "*Le secrétaire général est revenu sur le danger qu'il y aurait à ce que les Caisses ne comptant aucun organisme technique dans leur administration puissent effectuer à leur guise le placement de la moitié de leurs fonds. Quand bien même il y aurait près des Conseils des Unions des Caisses une représentation médicale au titre technique destinée à donner son avis, cela serait encore insuffisant. En effet, les médecins se trouveront en présence d'administrateurs qui n'auront pas, à propos de la gestion des Caisses, été avertis des nécessités nées de l'organisation générale des soins et qui déjà auront pris des dispositions pour le placement des réserves des caisses, ce qui rendra en fait, impossible toute organisation suffisante de soins.*"[652]

Cela ne fait que confirmer l'hypothèse précédente, selon laquelle l'Union souhaite la création d'unions des caisses afin que le corps médical soit intégré à leurs conseils d'administration et donc à leur gestion, notamment sur le plan technique.

5.3.2.3. Dispositions transitoires

L'article 43[653], tout d'abord, précise un certain nombre de régimes spéciaux pour certaines catégories de travailleurs[654], à savoir les salariés de l'Etat, des départements, des communes, des chemins de fer, des tramways et de la marine, qui sortent du cadre de la nouvelle loi d'assurances sociales. Ces salariés restent soumis, pour les risques maladie, invalidité et retraite, aux règlements dont ils

648 Ibid., p. 393.
649 Ibid., pp. 393 - 394.
650 Ibid., p. 393.
651 Idem.
652 Ibid., p. 394. Propos rapportés.
653 Ibid., pp. 394 - 395.
654 A noter que le texte du projet de loi ne précise rien en ce qui concerne les salariés des mines qui, dans les précédents projets, bénéficiaient également d'un régime spéciale sortant du cadre de la nouvelle loi d'assurance maladie-invalidité.

dépendaient précédemment. Mais l'article précise que "*ces règlements devront être maintenus par décret, après avoir été révisés en vue de prévoir des avantages au moins égaux à ceux accordés par la présente loi*"[655]. Cette disposition revêt une importance certaine dans notre analyse, si nous la mettons en parallèle avec la critique soulevée par l'Union : "*Le Conseil [...] regrette que certaines catégories d'employés fassent exception à la loi future et restent les bénéficiaires d'autres lois d'assurances moins favorables à un exercice satisfaisant de la médecine.*"[656] Un syndicaliste des Deux-Sèvres écrit d'ailleurs à ce sujet :

> "*Il semble qu'on veuille ainsi restreindre la portée de la loi et y faire échapper un grand nombre de futurs bénéficiaires. Muette sur les Compagnies de chemins de fer, voici que bientôt les Services vicinaux vont y échapper ; si vous y ajoutez que les mines, que les grandes organisations métallurgiques et autres s'évertuent à devancer par des organisations indépendantes, les dispositions de la loi, vous constaterez avec moi qu'on peut craindre une action concertée et qu'on assistera sans doute à une sorte de grignotage de la loi avant la lettre.*"[657]

On ne peut que constater que, au delà de l'intérêt des assurés - qui ne semblent toutefois pas négligés -, c'est essentiellement les intérêts du corps médical qui sont ici défendus, puisque, au regard du projet de loi, ces salariés bénéficieront des mêmes avantages que dans le cadre de la nouvelle loi d'assurances sociales. Ce qui pose réellement problème à l'Union, c'est la grande difficulté qu'elle a à faire respecter principalement le libre choix et le tarif à la visite dans le cadre de ces autres régimes d'assurance. La meilleure stratégie pour obtenir gain de cause sur ces revendications serait donc de demander à ce que tous les salariés, y compris ceux bénéficiant d'autres règlements, soient couverts par la nouvelle loi, loi qui garantirait le libre choix et, de façon beaucoup plus incertaine, le tarif à la visite. A noter que, dans les "modalités diverses" de son analyse du texte de loi, l'Union demande à ce que la loi s'applique également, et de la même façon, au sociétés de secours mutuel[658].

En ce qui concerne l'article 46[659] qui traite des dispositions transitoires en Alsace-Moselle, l'Union fait une demande très similaire à la précédente : "*Le Conseil [...] demande que l'Alsace Lorraine rentre dans le cadre général de la législation française sur les Assurances sociales.*"[660] Les motivations de l'Union semblent être ici les mêmes que pour l'article 43. Cela engendrera d'ailleurs un conflit entre le syndicat de Strasbourg, rejoignant la volonté de l'Union, et la caisse de cette ville[661].

655 Ibid., p. 394.
656 Idem.
657 Ibid., p. 431.
658 Ibid., p. 398.
659 Ibid., pp. 394 - 395.
660 Ibid., p. 395.
661 Ibid., p. 645.

Par ailleurs, plusieurs syndicats alsaciens sont en conflits avec les caisses locales au sujet du forfait, des tarifs et de l'établissement des listes de médecins des caisses. Le Conseil de l'USMF souhaite que le fonctionnement des caisses sur ce point se rapproche d'avantage du projet de loi en cours de discussion, plus favorable, semble-t-il, au corps médical[662].

5.3.2.4. Dispositions générales

Tout d'abord, l'article 56[663] attribue aux juridictions ordinaires, en particulier les juridictions civiles, la compétence pour traiter les litiges qui résulteraient de l'application de la loi. L'Union s'y oppose fermement et demande : "*la suppression de cette juridiction telle qu'elle figure dans le projet, c'est-à-dire sans participation des techniciens [...]. L'organisme départemental tripartite est réclamé.*"[664] Le corps médical, par l'intermédiaire de l'Union, entend donc également prendre part aux juridictions compétentes en matière d'assurances sociales. Cela étant très difficile dans le cadre des juridictions ordinaires, l'Union demande à ce qu'une juridiction spécifique et tripartite (incluant des médecins) soit créée.

L'article 64[665], quant à lui, prévoit la création du "Conseil supérieur des assurances sociales", chargé d'étudier les questions qui se rattachent à l'exécution de la loi, et en détaille les membres. L'Union constate que les médecins ne disposent que d'un seul poste sur un total de 43 membres, ce qu'elle juge bien sûr "inadmissible". Par ailleurs, le secrétaire général juge cet organisme "*irresponsable et politique.*"[666] L'Union demande la création d'une Fédération nationale des caisses, organe tripartite, avec une représentation d'au moins un tiers. Toutefois, selon les informations dont disposait l'Union, le Sénat aurait révisé ces dispositions dans une nouvelle version du projet de loi, donnant satisfaction au corps médical sur ce point.

Enfin, l'article 66[667] stipule que, "*dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi, un règlement général d'administration publique, réunissant les divers règlements qu'elle prévoit et rendu sur la proposition du Ministre du Travail et*

662 Ibid., pp. 664 - 740. Les médecins alsaciens souhaitent essentiellement faire respecter le libre choix, le tarif à la visite, et demandent à ce que seuls les médecins syndiqués puissent être inscrits sur la liste des médecins des caisses. Jusque là, les médecins d'Alsace-Moselle étaient payés au forfait (parfois réparti par les syndicats au prorata du travail accompli), les assurés ne disposaient pas du libre choix et tout médecin pouvait être inscrit sur les listes des médecins des caisses. Un arbitrage ministériel finira par donner tort aux médecins, maintenant le fonctionnement de l'assurance maladie-invalidité en vigueur en Alsace-Moselle.
663 Ibid., pp. 395 - 396.
664 Ibid., p. 395.
665 Ibid., pp. 396 - 397.
666 Ibid., p. 397.
667 Ibid., p. 398.

des Ministres intéressés, déterminera toutes les dispositions nécessaires à son application, qui entrera en vigueur trois mois après la publication de ce règlement."[668] L'Union, poursuivant sa démarche, demande à ce que des médecins soient consultés lors de l'élaboration de ce règlement général d'administration publique, ce que l'article 66 ne prévoit pas explicitement.

Ainsi, il transparaît essentiellement, dans l'étude du texte de loi faite par l'Union, une volonté de celle-ci de contrôler le fonctionnement des assurances sociales avec la plus grande latitude possible, de l'assuré jusqu'aux médecins, en passant par le point essentiel, à savoir le fonctionnement des caisses. Par ailleurs, il semble exister une volonté d'unifier la médecine sociale au travers de cette loi, très vraisemblablement dans le but d'établir un cadre législatif précis, plus propice à des négociations favorables au corps médical.

668 Ibid., p. 398, alinéa 1.

Chapitre 6. - Le projet de loi de décembre 1925

Quelques mois après le projet de juin 1925, va paraître une nouvelle version du projet de loi, dont certains disent qu'elle a été influencée par les divisions qui secouaient le syndicalisme médical. En effet, devant la réaction de l'opinion - et notamment des médecins - au précédent projet (dit "projet Chauveau") rendu public la même année, la commission sénatoriale entama l'élaboration d'un nouveau projet[669]. Devant les thèses qui s'opposent, le Ministre du travail, M. Durafour, nomme en octobre 1925 une commission officieuse ayant pour objectif de concilier les projets de la commission sénatoriale avec les services ministériels[670]. Après de longues discussions, le projet est rendu public en décembre 1925. L'Union nous en livre le contenu, que nous allons analyser.

Notons encore que peu d'auteurs analysent ce nouveau projet de loi, pourtant publié à la veille d'une scission historique sur laquelle il a pu avoir une influence décisive. Tout juste est-il mentionné par Pierre Leclerc dans son ouvrage "*L'histoire de la Sécurité sociale à travers les textes*", où il nous offre quelques éléments de contexte que nous avons repris ci-dessus. Dans ce chapitre il nous a donc été bien difficile de relativiser les propos syndicalistes.

6.1. Le contenu du projet de loi[671]

En ce qui concerne le cercle des assurés, le plafond d'affiliation passe de 10 000 à 12 000 francs par an, augmenté de 2 000 francs par enfant à charge. Les autres conditions d'affiliation demeurent inchangées. Ce système doit se substituer à celui en vigueur en Alsace-Moselle dans un délai maximum de 5 ans.

Les prestations en nature sont désormais accordées en totalité pendant une période de 5 ans, et non plus à 80 ou 85 % comme précédemment. Pour ces prestations le "ticket modérateur" est donc supprimé. Pour l'assurance maladie, le délai de carence est ramené de 9 à 6 jours et la participation des assurés aux frais médicaux est fixée entre 10 et 15 %.

Le financement n'est pas fondamentalement modifié dans son principe, les cotisations étant maintenues à 10 % des salaires réparties à parts égales entre le patron et l'employé, avec une faible participation de l'Etat. Par contre, selon Pierre Leclerc, le régime financier des caisses subit de profondes modifications, les caisses

669 Lelcerc, Pierre, op. cit., 1996, p. 247.

670 Ibid., pp. 249 - 250.

671 Ce paragraphe se base sur les sources suivantes : Lelcerc, Pierre, op. cit., 1996, pp. 249 - 251 ; USMF, *Le Médecin syndicaliste*, 1926, pp. 190 - 196 ; Chambres de commerce, associations industrielles, métallurgiques et minières, coopérations d'assurance contre les accidents, groupements de caisses d'entreprises du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, op. cit., 1927, pp. 15 - 16.
Pour consulter les principaux articles du projet de loi, le lecteur pourra se reporter à l'annexe n°8.

départementales nouvellement créées prélèvent notamment 10 % des cotisations collectées par les caisses primaires (avec rétrocession de 5 % au fond national de garantie). De plus, les réassurances individuelles facultatives sont supprimées. Par ailleurs, les finances de l'assurance invalidité et de l'assurance vieillesse deviennent distinctes alors qu'elles étaient précédemment confondues.

L'organisation est modifiée par la mise en place de caisses départementales uniques se substituant à la multiplicité des caisses. Ces caisses doivent fonctionner sous le régime de la loi du 1er avril 1898 qui régissent les sociétés de secours mutuel.

Les modalités de coopération avec le corps médical sont basées sur le libre choix, les malades choisissant leur médecin dans une liste établie d'un commun accord entre les caisses et les syndicats de médecins affiliés aux unions nationales (au pluriel). Le texte de loi donne donc ici une place à la dissidence qui se scindera de l'USMF quelques mois plus tard. Si le patient ne fait pas appel à un praticien de sa commune ou, à défaut, au médecin le plus proche de son domicile, le supplément de coût engendré par ce choix demeure à la charge de l'assuré. Les modalités de paiement des médecins sont déterminées par des contrats collectifs passés entre les syndicats professionnels et les caisses. Les syndicats professionnels sont responsables des services qui les concernent dans le fonctionnement des assurances, sans qu'il soit porté atteinte au droit propre des caisses. Enfin, la représentation des médecins au sein de l'administration des caisses et des instances étatiques gérant les assurances ne semble pas significativement modifiée.

6.2. L'analyse par article faite par l'Union

Nous nous limiterons ici à l'étude des articles qui traitent des modalités de coopération du corps médical à la future loi sur les assurances sociales, les autres points n'ayant que peu varié. Nous aborderons les articles les uns après les autres en y associant les commentaires apportés par l'Union.

6.2.1. L'assurance obligatoire

L'immense majorité des articles qui retiennent l'attention de l'Union, exception faite de l'article 1, traitent de l'assurance-maladie obligatoire.

L'article 1[672], sur les risques assurés, ne prévoit pas d'extension de l'assurance maladie aux pathologies chroniques ni aux vieillards, contrairement à ce qu'avait souhaité l'Union, reprenant le rapport de la Commission de médecine pratique (présidée par le Dr Lafontaine).

672 USMF, *Le Médecin syndicaliste*, 1926, p. 120.

Au sujet du choix du médecin, l'article 4[673] voit son paragraphe 2 modifié pour en revenir à l'avant-dernière version, comme le souhaitait l'Union. Alors que la dernière version laissait aux seules caisses le soin de constituer les listes de médecins affiliés aux assurances sociales, la nouvelle version revient en arrière : "*L'assuré choisit librement son praticien sur une liste locale établie d'un commun accord, entre les Caisses et les Syndicats professionnels affiliés aux Unions nationales...*"[674] Toutefois, l'USMF estime qu'il y a un sous-entendu derrière les termes "aux Unions nationales" - au pluriel - et commente : "*Ceci semblerait indiquer qu'il peut y avoir deux Unions Nationales en France. Ceci indique de la façon la plus nette que nous devons sortir d'ici d'accord sur les textes et d'accord dans les sentiments, à l'état d'Union unique nationale ! (Applaudissements.)*"[675] C'est oublier que l'avant-dernière version de ce paragraphe évoquait déjà plusieurs unions nationales. L'Union tente probablement d'exagérer la portée de la scission, afin d'accuser les dissidents de causer du tord au corps médical. Et le paragraphe 2 se poursuit ainsi : "*Cette liste comprendra les praticiens faisant partie des groupements professionnels avec lesquels la Caisse a passé un contrat…*"[676] Cela fait bien sûr la joie de la "majorité" favorable au contrat collectif. L'Union commente : "*Cet article répond donc à une partie des desiderata que vous avez énumérés tout à l'heure par la voix des divers orateurs. Vous avez la nécessité du contrat du Syndicat avec la caisse. Vous avez l'obligation, pour la caisse, de ne contracter qu'avec vous, Syndicat adhérent aux Unions Nationales, disons à l'Union Nationale.*"[677]

Par ailleurs, le paragraphe 3 est également modifié dans le sens souhaité par l'USMF : les malades peuvent désormais faire appel à n'importe quel médecin de la liste (et non plus seulement ceux de la commune où il réside), les caisses ne prenant en charge que le déplacement correspondant à la distance du médecin le plus proche du domicile du patient.

Le paragraphe 4 semble également donner satisfaction en réglementant les soins, qu'ils soient donnés au domicile du patient ou en dehors, par les contrats collectifs. Cela donne aux syndicats un droit de regard sur les soins hospitaliers.

L'Union échoue toutefois sur en ce qui concerne le paragraphe 5 : le texte de loi ne précise en aucune manière que les tarifs sont des tarifs de responsabilité des caisses et non des tarifs limitatifs, ce qui laisse ouverte cette seconde possibilité.

L'article 5[678] réduit le délai de carence de neuf à six jour, ce qui remet en cause, bien que dans une faible mesure, l'exclusion du "petit risque" demandée par l'Union. *Le Médecin Syndicaliste* ne fait toutefois pas de commentaire particulier sur ce point.

673 Ibid. pp. 120 - 122.
674 Ibid., p. 120.
675 Idem.
676 Idem.
677 Idem.
678 Ibid., p. 122.

La réaction face à l'article 6[679] est, quant à elle, particulièrement intéressante. Cet article n'est pas supprimé contrairement à ce que demandait énergiquement l'Union. Rappelons-en le contenu : "*L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la Caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie.*"[680] Qu'importe ; comme le dit Dr Lenglet, secrétaire général de l'Union :

> "*Ceci pouvait être dangereux à l'époque où nous discutions de ce texte. Nous n'avions pas cette garantie qui vient de vous être donnée par l'article 4, paragraphe 3, où vous lirez que le contrat pourra régler toutes les conditions des soins à donner aux bénéficiaires non seulement dans leur domicile privé, mais aussi dans les hôpitaux, sanatoria, établissements privés, etc. Par conséquent, l'article 6, qui était très dangereux puisqu'il laissait aux caisses la liberté exclusive de créer telle ou telle disposition se trouve corrigé en grande partie si les Syndicats savent établir avec précision et méthode le contrat qu'ils doivent établir pour se garder toutes les conditions et pour assurer les meilleurs des soins dans toutes les conditions.*"[681]

Sans contrat collectif, l'article 6 rendait les médecins directement dépendants des caisses et pouvait en faire des salariés ou des fonctionnaires. L'Union estime que le paragraphe 3 de l'article 4 protège de ce risque par le contrat collectif. On pourra toutefois constater que ledit paragraphe concerne avant tout le libre choix pour les visites à domicile et n'évoque pas directement le contrat. S'il est vrai que l'Union a toujours jugé impossible l'existence du libre choix sans contrat collectif, il n'en est pas forcément de même dans l'esprit du législateur.

L'article 7[682] comporte plusieurs modifications qui vont être abondamment discutées par l'Union.

La première concerne le paragraphe 1, désormais rédigé comme suit : "*Les Syndicats professionnels de praticiens ont la charge respective des services qui les concernent dans le fonctionnement de l'assurance maladie, sans préjudice de la responsabilité personnelle des praticiens. Ils contrôlent eux-mêmes la façon dont le service est assuré sans qu'il soit porté atteinte aux droits propres de la Caisse.*"[683] C'est la seconde phrase qui a été modifiée ; la précédente version n'évoquait pas l'"*atteinte au droit propre des caisses*". Le législateur semble vouloir ainsi protéger les Caisses contre une intrusion trop grande du syndicalisme médical dans leur fonctionnement.

En ce qui concerne le contrôle des assurés, le paragraphe 2 est légèrement modifié, cette fois dans un sens plus favorable aux syndicats et évoque "*les*

679 Ibid., pp. 122 - 123.
680 Ibid., p. 122.
681 Idem.
682 Ibid., pp. 123 - 125.
683 Ibid., p. 123.

contrôles" au pluriel. Pour l'Union, cela confirme le rôle des syndicats dans le fonctionnement des assurances sociales, en lui attribuant un droit de contrôle au même titre que les caisses.

Le législateur a également modifié le paragraphe 3, concernant la représentation du corps médical au sein de la Commission de contrôle. Le texte initial prévoyait qu'il y siège le médecin traitant, un médecin désigné soit par la caisse soit par l'assuré et un médecin arbitre choisi par les deux précédents. La nouvelle version ne précise plus les modalités de désignation de ce troisième médecin. L'Union demande alors immédiatement qu'il soit ajouté (dans la loi ou dans le décret général d'administration publique) "*désigné par le Syndicat*", de façon à éviter un ajout du type "désigné par la Caisse".

Pour ce qui est du remboursement des "frais inutiles", le paragraphe 4 se voit également modifié, mais l'Union ne précise rien de plus à ce stade sur la nature précise de la modification.

Le paragraphe 5, lui aussi donne lieu à des discussions :

> "*Les conventions passées entre la Caisse, les Syndicats professionnels de praticiens ou avec les établissements de soins sont soumises à une Commission tripartite, fonctionnant en chef-lieu, composée par tiers de représentants des Caisses, des groupements professionnels*[684] *et, pour le dernier tiers, de représentants de l'Office des assurances sociales. Elle est chargée, en outre, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales.*"[685]

Ce qui inquiète en premier lieu l'Union, c'est la possibilité de passer des contrats directement entre les caisses et des établissements de soin, en contournant les syndicats médicaux. Par ailleurs, le secrétaire général reproche à la loi de ne pas définir les attributions de cette Commission et de ne pas avoir tenu compte de la proposition du Dr Batier, voté à l'unanimité du Conseil de l'Union : "*Les Syndicats médicaux ou leur Union ne peuvent être liés que par des contrats librement acceptés par eux. Les litiges relatifs à l'application de ces contrats doivent être exclusivement réglés par des Commissions d'arbitrage.*"[686] Selon le Dr Lenglet, cet ajout aurait permis d'écarter d'emblée tout ce qui pourrait créer des divisions[687] au sujet du contrat collectif.

---

684 Selon l'Union, il faut ici comprendre unions de médecins, sâges-femmes et pharmaciens, et non groupements ouvriers.

685 Ibid., p. 124.

686 Idem.

687 Le secrétaire général fait ici évidemment référence à la dissidence au sein de l'Union.

6.2.2. Le fonctionnement et l'organisation des caisses

Nous en arrivons aux article 25[688], au sujet de l'administration des caisses. Selon l'Union, il revêt une importance capitale. En effet, la nouvelle version, tout comme la précédente, ne prévoit pas, selon le secrétaire général, de représentation médicale suffisante au sein du conseil d'administration des caisses pour permettre une organisation "technique" adéquate.

Cela amène directement l'Union à étudier l'article 26[689], qui s'inscrit dans la continuité du précédent. Une critique est essentiellement formulée à son égard : l'administration des caisses départementales se base sur la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels, loi jugée inadaptée pour les assurances sociales qui couvre des malades "payants". Cette méfiance envers la mutualité trouve également ses origines dans les difficultés rencontrées, notamment avant la première guerre mondiale, par le corps médical au sujet du libre choix et du paiement à la visite. A cette époque, la mutualité était probablement déjà ressentie comme une atteinte à l'indépendance du corps médical.

Le secrétaire général fait également remarquer que, en vertu de cet article, le conseil d'administration des caisses départementales[690] doit comprendre 2 médecins sur un total de 20 membres. Il précise que, bien que cette représentation soit insuffisante pour une organisation technique adaptée, elle pourrait permettre au corps médical de faire entendre ses revendications, ce qui constitue une victoire partielle pour l'Union.

L'article 27[691], que l'Union aborde brièvement, précise que les caisses créées doivent être agréées par l'Office national des assurances sociales, conformément à la disposition déterminée par le règlement d'administration publique[692]. C'est l'occasion pour le Dr Lenglet de signaler que beaucoup d'aspect de la loi restent flous et font appel au "règlement d'administration publique". Mais cela signifie aussi que le syndicalisme médical dispose encore d'une certaine marge de manoeuvre pour influencer l'application de la loi au travers de ce règlement.

Selon l'article 28[693], "*les caisses départementales peuvent se grouper en unions régionales et en fédérations nationales, notamment en vue de réaliser des oeuvres d'intérêt commun, telles que : établissements de prévention, de cure,*

688 Ibid., pp. 125 - 126.
689 Ibid., pp. 126 - 127.
690 L'article 25, lui, concernait les caisses en général et non pas les caisses départementales en particulier.
691 Ibid., pp. 127 - 128.
692 Ibid., p. 128.
693 Idem.

sanatoria, dispensaires, maisons de convalescence et de retraite."[694] Le secrétaire général commente :

> "*Vous vous apercevez ici, Messieurs, à la lumière de cet article combien il est de plus en plus indispensable que le corps médical organise sa représentation dans la gestion technique de ces caisses et intervienne, puisque nous allons avoir des unions des caisses qui vont pouvoir créer des établissements en disposant de leurs fonds de réserve ainsi qu'il va suivre. Il y a une construction maintenant dans la loi. Elle tient. Elle a une certaine harmonie dans ses parties. Elle n'est plus une superposition de lois d'assurances sociales à une loi inexistante de mutualité comme celle que nous avons subie jusqu'à ce jour.*"[695]

Cet accueil en demi-teinte semble mettre en lumière un paradoxe dans l'esprit des syndicalistes : l'organisation hiérarchique des caisses, si elle peut faciliter les négociations avec le corps médical, accroît également le pouvoir de l'administration. A noter que cela limite par la même occasion les possibilités de tractations locales entre les syndicats et les caisses, ce qui implique une centralisation du pouvoir administratif et, en réaction, du pouvoir syndical.

Le secrétaire générale souligne également l'importance de l'article 31[696] (ancien article 26), en lien avec le précédent. L'article 26 primitif était ainsi rédigé : "*Les caisses d'assurances peuvent effectuer leurs placements...*"[697]. L'Union avait alors souhaité que seules les unions de caisses puissent effectuer ces placements afin d'éviter l'éparpillement des moyens matériels et financiers. Le nouvel article 31 reprend l'article 26 et le complète de la façon suivante : "*... en acquisition de terrains ou d'immeubles, soit pour la construction ou l'aménagement d'établissements de prévention ou de cure, soit sous réserve d'acceptation de la caisse générale de garantie, pour le fonctionnement de la caisse d'assurance.*"[698] Dr Lenglet, sentant probablement que le syndicalisme médical peut avoir une influence décisive sur ce point, commente :

> "*Nous n'avons que ce petit point-là, dans tous les placements que les caisses peuvent faire de leurs réserves. C'est quelque chose tout de même. Si nous n'étions pas apparus quelque part et si nous n'apparaissions pas plus haut dans l'organisme en question, nous n'étions nullement capables d'agir sur l'organisation en démontrant les nécessités, au regard des bénéfices, de la fondation, de certains organismes de soins et qui seront sous la dépendance par contrat, quant aux soins, des Syndicats.*"[699]

694 Ibid., p. 128.
695 Idem.
696 Ibid., pp. 128 - 129.
697 Ibid., p. 128.
698 Idem.
699 Ibid., pp. 128 - 129.

Le secrétaire général, comme il le fait d'ailleurs remarquer lui-même, s'avance quelque peu sur des aspects de l'article relevant d'un décret d'administration publique qui n'est pas encore paru. En effet, rien dans la rédaction de l'article ne laisse penser de façon évidente que les syndicats pourraient avoir une influence décisive sur les investissements des caisses. Toujours est-il que l'Union estime que cet article pourrait permettre au corps médical, par l'intermédiaire des syndicats et des contrats collectifs, d'avoir un contrôle plus grand des établissements de soins, établissements qui depuis longtemps semblent résister à l'influence du syndicalisme médical.

6.2.3. Dispositions transitoires

En ce qui concerne les dispositions transitoires, c'est en premier lieu l'article 49[700] qui est abordé. Il concerne les exceptions à la loi d'assurance. L'Union avait vivement protesté contre la précédente version de l'article qui laissait un certain nombre de catégories d'ouvriers soumis à des régimes spéciaux[701]. Nous avions précédemment commenté que c'est certainement parce que le syndicalisme avait été par le passé tenu en échec sur de nombreuses revendications dans le cadre de ces "régimes spéciaux", qu'il souhaitait depuis les voir disparaître au profit d'une loi appliquée uniformément à toutes les catégories de travailleurs. Rappelons que ces régimes de protection sociale avaient été créés à une époque où le syndicaliste médical n'avait pas le pouvoir d'après la Première Guerre mondiale, les médecins s'étant vus imposer des mesures (notamment concernant les modalités de payement et le libre choix) qui leurs étaient défavorables. L'Union était intervenue courant 1926 auprès du législateur sur ce point, mais sans succès. Le nouvel article 49 reprend de très près la précédente version, sans tenir compte des revendications syndicales :

> "*Les salariés de l'Etat, du département, des communes, des chemins de fer d'intérêt général, chemin de fer de l'Etat, des chemins de fer d'intérêt général secondaires et d'intérêt local et des tramways et tous autres salariés dont l'assurance contre les divers risques couverts par la présente loi résulte de dispositions légales ou réglementaires, demeurent respectivement soumis aux législations et règlements qui les régissent à l'égard des risques garantis par la présente loi.*"[702]

Probablement pour les mêmes raisons qu'en ce qui concerne l'article 26, l'Union se dresse contre l'article 52[703] au sujet de l'Alsace-Moselle : "*La présente loi*

700 Ibid., p. 129.
701 Idem.
702 Idem.
703 Ibid., pp. 129 - 130.

est applicable aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, de la Moselle. Toutefois le règlement général d'administration publique déterminera les mesures de coordination propre à substituer, dans un délai maximum de 5 ans, au régime des assurances sociales actuellement en vigueur, les dispositions du présent texte et toutes autres mesures transitoires."[704] De nombreux syndicalistes souhaitent faire pression afin de réduire ce délai, pour que les médecins alsaciens et mosellans ne demeurent pas plus longtemps liés à un système d'assurance développé partiellement à leur insu. Toutefois, de nombreux médecins, alsaciens notamment, se satisfont de ce particularisme régional, qui rappelons-le permet le tiers-payant. C'est probablement cette modalité de rémunération, rejetée de plus en plus massivement par le corps médical de la "France de l'intérieure", qui pousse l'Union à vouloir unifier le nouveau système à l'échelle de la France entière.

6.2.4. Dispositions générales

Passons aux dispositions générales et à l'article 63[705] (ancien article 56). L'Union avait protesté contre l'article 56 car il ne prévoyait pas de juridiction spécifique pour traiter les litiges résultants de l'application de la loi. Il est probable que si une juridiction spécifique existait, le corps médical pourrait éventuellement y siéger, affirmant ainsi son auto-organisation. Sur ce point, le syndicalisme a obtenu gain de cause, comme en témoigne le nouvel article 63 :

> "*Les différents qui naîtraient de l'exécution de la présente loi et non soumis à une procédure spéciale iront en conciliation devant une Commission cantonale constituée par l'Office départemental, composée du juge de paix président, d'un assuré, d'un employeur ou d'un représentant de la caisse départementale. En cas de non conciliation, appel peut être fait devant les tribunaux civils qui statueront comme en matière sommaire.*"[706]

A noter toutefois qu'il n'est pas prévu qu'un représentant du corps médical siège à cette commission.

L'Union étudie ensuite l'article 68[707] (ancien article 61), au sujet des organismes d'Etat chargés de l'application de la loi d'assurance, à savoir l'Office national des assurances sociales et les offices départementaux. L'article 61 avait été critiqué par l'Union car, selon elle, elle "*ne prévoyait pas, d'une part, cette organisation d'ensemble, et d'autre part une participation suffisante des organismes*

704 Ibid., p. 129.
705 Ibid., p. 130.
706 Idem.
707 Ibid., p. 131 - 132.

techniques émanant du corps médical organisé [...]."[708] Le nouvel article 68 est une version profondément remaniée du précédent[709] :

"§ 1. - *Un office national des assurances sociales est chargé de l'application de la présente loi : des offices départementaux concourent à cette application. Ces Offices constituent des établissements publics et fonctionnent sous le contrôle de l'Etat dans les conditions de la présente loi. La direction actuelle des retraites et des assurances sociales est transformée en Direction générale de l'Office national des assurances sociales.*

§ 2. - *Un contrôle général sur l'application administrative financière et technique [...] se rattachant à l'exécution de la présente loi est créé auprès du ministre du travail.*

§ 3. - *L'Office national et les Offices départementaux sont administrés par un Conseil d'administration dans les conditions suivantes :*

Le Conseil d'administration de l'Office national est constitué par la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales prévu à l'article 73 et présidé par le Ministre du Travail.

Le Conseil d'administration délibère sur les dispositions relatives à l'organisation du service des assurances sociales et sur les mesures propres à assurer l'application de la loi. Il établit les comptes relatifs au fonctionnement des assurances sociales et la statistique propre à l'évaluation des risques assurés en vertu de la présente loi, dont il résume les résultats dans un rapport annuel qui rend compte de l'application générale de la loi.

Ce rapport est adressé au Président de la République. Il est publié à l'Officiel et distribué aux Chambres.

§ 4. - *Le Conseil d'administration de chaque Office comprend : cinq représentants des assurés, un représentant des employeurs, un praticien [...] élus, les uns et les autres par les membres du Conseil d'administration des Caisses départementales et primaires, ainsi qu'un représentant du ministre du travail et un représentant du ministre des finances. [...] Le personnel de direction des Offices départementaux est nommé par un arrêté du Ministre du Travail. [...]*

§ 5. - *L'Office départemental assure l'application de la loi, et notamment l'immatriculation ou la radiation des assurés, ainsi que la délivrance des cartes individuelles d'assurance sociale. Il reçoit les déclarations, bordereaux et fiches de versements, établis pour les employeurs et les transmet après vérification aux assurés intéressés. Il contrôle le recouvrement et provoque les créditements par les établissements financiers des sommes revenant aux diverses caisses d'assurance. Il établit la liste sur laquelle sont choisis les membres de la Commission de*

708 Ibid., p. 131.
709 Ibid., pp. 131 - 132.

conciliation prévue à l'art. 63. Il surveille l'emploi des dépenses imputables sur les fonds de majoration et de solidarité."

De cet article il ressort que la gestion des caisses échappe en grande partie au corps médical et reste dans les mains de l'Etat notamment par l'intermédiaire du Ministère du Travail. Le texte a toutefois évolué dans le sens souhaité par l'Union avec l'apparition de la notion d'organisation technique dans le paragraphe 2 et la nomination d'un praticien au conseil d'administration des caisses en vertu du paragraphe 4. Le secrétaire générale, Dr Lenglet, ne commente que peu cet article, qui semble globalement lui donner satisfaction.

Pour finir, l'Union aborde l'article 72[710] au sujet de la constitution du Conseil supérieur des assurances sociales. La précédente version de cet article avait été vivement critiquée par l'Union qui souhaitait voir le corps médical organisé représenté au sein de cette institution dirigeante :

"*C'est à propos de cet article 72 que s'était particulièrement exercée la critique du Conseil de l'Union qui avait fait remarquer que dans sa construction primitive le Conseil supérieur des assurances sociales ne comprenait pour ainsi dire pas de techniciens et qu'il était nécessaire de spécifier d'une façon plus nette, non seulement la participation du corps médical organisé*[711] *à la direction des assurances sociales par l'entremise du Conseil supérieur des assurances, mais aussi de faire apparaître dans la section permanente de ce Conseil supérieur des praticiens délégués par le corps médical organisé.*"[712]

La nouvelle version de l'article semble constituer une avancée significative pour l'Union. En effet, sur un total de 62 membres, le conseil comprendra six délégués de groupements professionnels de praticiens, dont trois médecins désignés par l'Union nationale des syndicats médicaux. Au vu de l'article, la représentation au sein du conseil comprend principalement : 26 membres de l'administration (42%), 13 assurés (21%), 7 parlementaires (11%), 6 membres issus du milieu médical (10%), 3 membres issus du milieu ouvrier (5%), 3 membres du patronnât (5%).

S'ajoute à cela, une représentation des médecins au sein de la section permanente élue par les membres du conseil, comme précisé en *addendum* à l'article 72 :

"*Le Conseil supérieur des assurances sociales élit en son sein une section permanente composée de : 1°……., 2° un sénateur, un député, un conseiller d'Etat, un employeur, un exploitant agricole, un technicien des questions d'assurance, trois représentants des Syndicats professionnels de praticiens dont deux médecins, 3° les membres de droit suivants : ……*

710 Ibid., pp. 132 - 133. Le lecteur pourra trouver une version intégrale de l'article en annexe n°8.
711 Cette expression désigne le corps médical syndiqué.
712 Ibid., p. 132. Propos du Dr Lenglet.

La section permanente constitue le Conseil d'administration de l'Office national des assurances sociales. Elle donne, en outre, son avis sur les questions qui lui sont renvoyées soit par le Conseil supérieur, soit par le Ministère du Travail. Elle se subdivise en quatre sous-sections : administrative, juridique, technique, médico-pharmaceutique. Cette dernière sous-section comprendra au moins deux médecins."[713]

Même si l'avancée est notable comparée à la précédente version, le corps médical n'est représenté qu'à hauteur de 10%. Nous remarquons par ailleurs que les membres issus de l'administration sont largement majoritaires et représentent presque la moitié des membres ; élément d'une importance certaine si l'on se rappelle la méfiance dont témoigne le corps médical à cette époque envers ces derniers. C'est ainsi que l'administration étatique pourrait constituer un frein à l'autonomie du corps médical dans le cadre de son processus de professionnalisation.

6.3. Le règlement général d'administration publique et le paiement des médecins

Penchons-nous à présent sur le "règlement général d'administration publique". Il aura pour but de préciser les modalités d'application de la loi et pourrait avoir un retentissement sur les revendications du corps médical. Un point, relevant de ce règlement, attire particulièrement l'attention de l'Union : il s'agit des tarifs, dont une partie du corps médical estime qu'ils pourraient entrer dans le cadre de ce règlement. La question est toujours de savoir si la loi laisse la possibilité d'un paiement direct et si les tarifs seront limitatifs ou non. Selon l'Union, le Dr Chauveau, rapporteur du projet de loi devant la Commission sénatoriale, aurait répondu oralement à cette question avant les débats au Sénat en affirmant que "*rien dans le projet de loi ne s'opposerait à ce mode traditionnel d'exercice [l'entente directe, NDLR] de la médecine que désire faire prévaloir la majorité des médecins.*"[714] Suite aux débats devant le Sénat et en raison de l'absence de précisions sur ce point, le Dr Lenglet avait adressé une lettre au rapporteur afin d'éclaircir cette question. Voici la réponse de ce dernier :

"*Le Dr Chauveau répond qu'il lui semble dangereux de soulever cette question devant la Commission sénatoriale.*

Que l'attitude intransigeante des médecins sur cette question ne serait pas comprise des législateurs et les inciterait à inscrire, dans le projet, des dispositions restrictives de la liberté professionnelle et, en particulier, à fixer des conditions dans lesquelles seront appliqués les tarifs prévus par les contrats.

713 Ibid., p. 133.

714 Ibid., p. 264. Propos prêtés au Dr Chauveau par le Dr Lenglet.

Le rapporteur ajoute qu'il lui parait possible, par le jeu des contrats, de donner satisfaction au Corps médical, mais que si les dispositions projetées par les médecins viennent en discussion devant la Commission sénatoriale et devant le Sénat, il croit que les libertés laissées actuellement par la loi seront réduites.

Il est convaincu que si les Caisses se trouvent dans l'incapacité d'établir des contrats, les prétentions du Corps médical ne leur paraissant pas admissibles, elles pourront créer des services de soins dépendant d'elles, avec des médecins qui seront employés."[715]

Ainsi l'horizon semble s'obscurcir quelque peu en ce qui concerne les tarifs. Selon le Dr Chauveau, mieux vaudrait donc ne plus aborder ce point avec le législateur. Il semble toutefois difficile de croire que les revendications du corps médical sur ce point, de même que les lettres échangées entre messieurs Chauveau et Lenglet, aient pu rester étrangères aux parlementaires et au Ministre du travail. Peut-être le rapporteur étant lui-même médecin, il essaye d'esquiver une question embarrassante. Mais toujours est-il que cela ajoute de la crédibilité au contrat collectif qui semble alors être la seule arme à même de défendre les intérêts du corps médical en ce qui concerne les modalités de rémunération et les tarifs.

6.4. La satisfaction du secrétaire général

Globalement, la nouvelle version du projet de loi donne satisfaction au secrétaire général de l'Union. Celui-ci estime que les progrès accomplis sont l'oeuvre du syndicalisme médical : "*Vous voyez le pas de géant que nous avons accompli en quelques mois, et combien nous sommes loin de la loi inorganisée, de cette loi désordonnée dont vous avez pu avoir des échos, car elle n'a été publiée nulle part, je crois, et n'a fait que passer devant nos yeux.*"[716] Il semble en effet, au vu de l'étude précédente, que le projet de loi ait évolué dans le sens souhaité par l'Union sur de nombreux points, ce qui laisse supposer que le combat syndicaliste a influencé de façon non négligeable la construction de la loi sur les assurances sociales. Par ailleurs, il est probable que le Dr Lenglet ait raison lorsqu'il affirme que les différentes versions du projet de loi n'ont jamais été publiées, dans la mesure où nous n'avons retrouvé aucun ouvrage les contenant, en dehors des archives de l'USMF (actuelle CSMF).

Si la dernière version en date du projet de loi donne satisfaction au secrétaire général de l'Union, ce n'est pas uniquement parce qu'elle préserve les intérêts matériels de la profession, mais aussi parce qu'elle renforce son indépendance en lui donnant une place centrale dans le système de santé. Ainsi, le Dr Lenglet poursuit :

715 Ibid., p. 264. Propos du Dr Chauveau rapportés par le Dr Lenglet.
716 Ibid., p. 133. Propos du Dr Lenglet, secrétaire général de l'Union.

"*Je crois que nous avons [...] préparé une organisation légale qui remet au corps médical organisé la plus importante des fonctions qu'il ait connue depuis son origine, et peut-être la plus importante des fonctions qu'il connaîtra jamais, car à côté de cette loi viendront les lois d'hygiène publique qui se grefferont normalement sur cette loi des assurances sociales et qui n'en seront que comme les collatérales et les divisions (Applaudissements).*"[717]

Enfin, le Dr Lenglet conclut en soulignant ce qui est pour lui la plus grande victoire de l'Union : l'inscription du contrat collectif dans le projet de loi, plus précisément dans l'article 4 (voir précédemment) :

"*A l'heure actuelle il ne s'agit plus de tractations particulières, il ne s'agit plus de termes sur lesquels on discute. Vous avez devant vous une chose formidable. Nous avons acquis pour vous, nous pouvons le dire, les contrats. Vous êtes donc libres de votre travail. Vous restez dans l'autonomie syndicale les maîtres de votre organisation. Que voulez-vous de plus ? [...] (Applaudissements).*"[718]

"Libres", "autonomie", "les maîtres", tels sont les termes employés par le secrétaire général, qui en disent long sur l'attachement du corps médical à son autonomie. Toujours est-il que le Dr Lenglet semble avoir atteint son objectif en obtenant cette "chose formidable" qu'est le contrat collectif et que, rappelons-le, le Dr Lafontaine s'était acharné à faire adopter.

6.5. La réaction de l'opposition

Bien que le Dr Lenglet ne tarisse pas d'éloge sur les avancées obtenues par le "corps médical organisé"[719], le texte de loi ne fait pas l'unanimité au sein de l'Union. La principale raison semble être l'incertitude entourant le tiers-payant. Mais, selon certains syndicalistes, il reste d'autres points à améliorer : l'application de la loi en Alsace-Moselle, les régimes spéciaux et l'organisation des soins en dehors du domicile.

Le Dr Maffre, un syndicaliste de Charente membre de l'Union, commente : "*Une loi d'assurances sociales ne peut tenir compte de tous les désirs du corps médical…*"[720] La faute à qui ? Selon le Dr Maffre, à l'individualisme de certains confrères :

"*Nous faisons tous des contrats, et nous en faisons même sans ce projet, comme M. Jourdain faisait de la prose. Nous vivons en société et ne*

717 Ibid., pp. 133 - 134.
718 Ibid., p. 134.
719 Il ignore ici de toute évidence les dissidents.
720 Ibid., p. 137.

pouvons pas avoir la prétention de faire de l'individualisme féroce, de nous enfermer dans notre tour d'ivoire, et de rester en toutes circonstances en présence de notre seul client. Par les temps qui courent, toutes les professions se regroupent ; vous ne pouvez pas avoir la prétention de rester des médecins isolés."[721]

Ces quelques lignes mériteraient à elle seule plusieurs pages de commentaires, tant elles condensent et résument un grand nombre des déterminants des débats passés et à venir. Pour aller à l'essentiel, nous remarquerons que, selon M. Maffre, la loi, du point du vue du contrat collectif, ne fait que donner un cadre législatif à une pratique déjà largement répandue. Et, si tel était le cas, cela pourrait laisser supposer que le contrat collectif n'est qu'un instrument au service d'un pouvoir syndical ayant pour but de se substituer à l'autonomie du médecin. Il souligne encore que l'individualisme, qui s'oppose ici au syndicalisme, est une "prétention", au sens premier "*un droit qu'on croit avoir sur une chose*"[722], donc une forme de pouvoir et aussi de liberté.

D'autres syndicalistes, notamment au sein de l'opposition, soutiennent une théorie contraire, du moins en apparence. C'est le cas du Dr Prallet, de Haute-Savoie :

"*On a dit que ceux qui ne sont pas partisans du contrat collectif sont des gens qui veulent la mort du syndicat, ou, tout au moins, qui ne sont pas partisans du syndicat. Je trouve que c'est plutôt le contraire : l'individualiste, lui, a besoin d'un contrat ; le médecin isolé a besoin d'un contrat, sans cela, il ne peut se défendre contre le voisin*[723]*. Tandis que si vous voulez supprimer le contrat, ce dont vous avez besoin c'est un syndicat fort, puissant ; dès l'instant que vous avez un syndicat fort, cela vous permet de ne pas passer de contrat collectif…*"[724]

Ainsi, selon lui, et contrairement à ce que soutiennent les partisans du Dr Lafontaine, le contrat collectif serait l'ennemi du syndicalisme, ou plutôt le fruit de l'échec et de la faiblesse de celui-ci.

Somme toute, c'est ce qu'admettait le Dr Maffre à demi-mots, en suggérant que le contrat collectif s'était fait - en partie au moins - sans les syndicats et sans la nécessité de faire appel à la loi. Il en découle la question suivante : l'Union a-t-elle créé le contrat collectif ou se l'ait-elle approprié secondairement pour arriver à ses fins ? La vérité se trouve probablement à mi-chemin entre ces deux théories.

Finalement, on peut se demander si le contrat collectif ne masque pas un enjeu encore plus fondamental : le tiers-payant. C'est l'idée que semble soutenir

721 Ibid., p. 138.

722 Littré. En ligne. <http://www.littre.org/definition/pr%C3%A9tention>. Consulté le 31 mai 2014.

723 Notons bien que le Dr Prallet parle de se défendre contre le "voisin" donc le confrère, et nous pas contre les collectivités. N'est-ce pas justement la marque d'un certain individualisme ?

724 Ibid., pp. 143 - 144.

Henri Hatzfeld lorsqu'il affirme que bon nombre des revendications du corps médical organisé (le secret professionnel, le libre choix et la liberté thérapeutique du praticien) ne servaient en fait qu'à "*habiller un peu une vérité trop nue, savoir qu'on ne discutait que de la liberté des honoraires, de ce que le corps médical appelle l'entente directe*"[725].

L'opposition entre les Drs Lafontaine et Prallet de l'Union, illustre très bien cette hypothèse. Pour le premier, il n'y aurait aucune crainte à avoir en ce qui concerne le tiers-payant, le tarif à la visite, ou le secret professionnel, ces points pouvant être réglés par le contrat collectif :

> "*Par les contrats [...] vous pourrez compléter les dispositions législatives. Exemple : pour ma part je ne regrette pas que le tarif à la visite ne soit pas dans la loi : plus vous demanderez au législateur, plus vous aurez de reconnaissance à lui devoir. Mais puisque la Caisse est tenue de passer un contrat avec vous, tenez-vous sur le terrain du contrat à la visite. Vous ne passerez un contrat qu'avec le libre choix et le tarif à la visite ; c'est d'une simplicité enfantine.*"[726]

Pour le second, le contrat collectif n'est que de la poudre aux yeux. Il n'apporterait finalement rien de nouveau et ne donne pas de garanties particulières sur le fond :

> "*Je vois dans l'ordre du jour d'un syndicat qu'il a voté ceci : tarif à la visite, avec paiement direct du médecin par le malade, tarif fixé par décision syndicale exclusivement. C'est demander, je crois, la lune ! Quand trouverez-vous une collectivité qui acceptera de passer un contrat avec vous dans ce sens, un contrat dans lequel vous vous réservez de prendre les tarifs que vous voudrez, sans discussion.*"

Finalement, deux hypothèses peuvent expliquer les tensions grandissantes au sein de l'USMF. La première, soutenue par Henri Hatzfeld, explique ces tensions par les difficultés de l'Union à faire abandonner toute forme de tiers-payant. En effet, les partisans de l'entente directe expriment leurs convictions de plus en plus ouvertement au sein de l'Union et remettent en cause les idées du secrétaire général et du Dr Lafontaine, tous les deux partisans d'une liberté contractuelle qui pour un nombre croissant de syndicalistes ne protégerait pas assez le corps médical du tiers-payant.

La seconde s'orienterait d'avantage vers des conflits internes en lien avec la dualité entre l'intérêt commun du syndicat et l'intérêt individuel du médecin. C'est ce que soutient le Dr Maffre de l'Union, tout en montrant ici le lien étroit entre individualisme et entente directe. En effet, au-delà du paiement direct, bon nombre de médecins semblent refuser l'interposition de tout tiers, quand bien même il s'agirait du syndicat et pour quelque motif que ce soit (paiement, organisation,

725 Hatzfeld, Henri, op. cit., 1989, p. 289.
726 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 142.

contrôle), entre eux et leurs patients. On serait donc tenté d'y voir une dimension plus individualiste de l'autonomie professionnelle, peut-être illusoire car difficilement réalisable sans l'appui d'un groupement organisé tel que le syndicat.

Partie III - La scission de l’USMF et la création de la Fédération

Chapitre 7. - La scission du syndicalisme médical

7.1. Les critiques au sein de l'Union

L'année 1925 s'achève avec de sévères critiques adressées par l'Union à certains de ses membres, lors de l'assemblée général d'octobre :

> "*L'oeuvre du Conseil eût été moins ardue s'il ne se fût heurté à l'incompréhension mal avisée de certaines personnalités syndicales qui ont été les principaux instigateurs de la révision des textes d'abord présentés à la Commission sénatoriale et qui, par leur action inconsidérée, ont servi les intérêts prêts à profiter de toute indécision, de toute division perçue dans les rangs du Corps médical.*
>
> *Une brèche a été ouverte dans l'Union, et par cette brèche s'est glissée la Mutualité, guidée par ses chefs de file politiques, la Mutualité qui prétend à la direction des Caisses et qui a déjà obtenu, si nous en croyons certains indices, que l'une des trois Caisses départementales prévues par le projet fût remise à son administration. [...]*
>
> *Le Conseil de l'Union est le seul pouvoir exécutif qui représente au cours de l'année le Corps médical organisé et il est le seul responsable de la manière dont il le représente. [...]*
>
> *Ces règles précises de l'organisation et de la discipline syndicales ont été violées.*"[727]

Le Conseil de l'Union fait ici vraisemblablement référence à la place importante donnée à la mutualité dans la dernière version du projet de loi, mutualité qui n'est plus seulement une "caisse de remplacement" et adopte le même statut que les autres caisses[728]. Il fait sans doute également allusion, mais de façon plus indirecte, à la modification de l'article 4, paragraphe 2, précédemment abordée, concernant l'établissement des listes de médecins des caisses, dont il attribue l'initiative à un groupement de syndicalistes non mandaté par l'Union. Il semble donc qu'un certain nombre de membres de l'USMF aient souhaité prendre des libertés par rapport à la ligne de conduite établie par le Conseil de l'Union. L'analyse des archives de l'USMF laisse penser qu'il s'agit de médecins opposés au principe des assurances sociales, ou du moins à une collaboration "administrative" du corps médical dans la construction de celles-ci. Dans leur volonté d'ignorer l'application de la loi, et peut être de défendre certains intérêts individuels, ils auraient - selon l'Union - laissé le champs libre à certaines actions contraires aux intérêts de la majorité des syndicats médicaux.

727 USMF, le *Médecin Syndicaliste*, 1925, p. 596.
728 Cf. précédemment.

7.2. La menace d'une scission

C'est ainsi que l'année 1926 s'ouvre avec la menace, plus importante que jamais, d'une scission :

> "*Une campagne a été faite et se poursuit pour dresser certains syndicats contres les décisions régulièrement prises par la dernière Assemblée Générale de l'Union (en conformité d'ailleurs avec les décisions des précédentes Assemblées) et pour jeter le désarroi parmi les syndiqués ; bref, pour détruire, en la divisant, l'organisation du syndicalisme médical français.*
>
> *La scission se produirait au moment où les plus graves dangers nous menacent à la fois : Assurances sociales, organisation étatique de la lutte contre les fléaux sociaux, de l'hygiène publique, refonte de la loi de 1902*[729]*.*
>
> *Nous ne voulons pas croire qu'il se trouve quelqu'un, parmi les syndiqués, pour prendre, à cette heure, la responsabilité de commettre ce crime contre le Corps Médical.*
>
> *Malgré l'invraisemblance d'une pareille tentative, que le seul aveuglement n'explique pas, il faut être en garde.*
>
> *Si donc on proposait à l'Assemblée de votre Syndicat de prendre telle décision susceptible d'amorcer une scission dans l'Union, confrère, repoussez-là. Rien, dans les circonstances actuelles, ne saurait justifier, ni excuser une scission.*
>
> *L'accès d'humeur de quelques militants déçus, dont l'opinion n'a pas été partagée par la majorité des dernières Assemblées Générales, n'expliquerait pas une attitude qui risquerait de ruiner pour longtemps l'influence acquise par la Profession au cours de luttes difficiles, soutenues depuis plus de vingts ans.*"[730]

Cette crainte d'une scission se trouve renforcée dans une lettre ouverte, rédigée par le Dr Decourt, président de l'Union, dont l'importance nous oblige à la retranscrire intégralement, tant elle en dit long sur les tensions au sein de l'Union dans les derniers mois de l'année 1925 :

"*Paris, le 15 décembre 1925*

Mes chers confrères,

729 Cf. : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - sante.gouv.fr, *Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique*. En ligne. <http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Loi_du_15_fevrier_1902.pdf>. 3p. Consulté le 24 mai 2015.
730 USMF, le *Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 3. Propos soulignés par l'Union.

Lors de la dernière séance de notre Assemblée générale de l'Union, j'eus le regret de lire, à la tribune, la lettre de Vanverts et des délégués de la Fédération du Nord, déclarant que, devant le vote de l'Ordre du jour Gaussel[731] *sur les Assurances sociales, ils décidaient de quitter l'Assemblée. De plus, le soir du même jour, alors qu'après la nomination du nouveau Conseil, celui-ci se réunissait pour élire le bureau, j'eus encore le regret de voir se retirer les deux nouveaux conseillers élus au quotient par le Groupement de la région lyonnaise, en déclarant qu'ils étaient obligés, avant de participer aux travaux du Conseil de l'Union, d'en référer à leur Groupement.*

Enfin, durant la fin de notre Assemblée générale, j'eus le chagrin - troisième fait regrettable - d'entendre, à diverses reprises, prononcer officieusement par des confrères appartenant à ces deux Fédérations, un mot qui, en les graves circonstances que nous traversons, m'a paru comme un signal de recul dans la lutte pour nos libertés, comme un précurseur de la défaite : le mot affreux, terrible aujourd'hui, de "scission".

Et tout cela, à la suite du vote par notre Assemblée générale de l'ordre du jour de notre confrère Gaussel (de Montpellier) par 8 316 voix contre 5 207 voix pour celui du confrère Desrousseaux (de Roubaix).

Deux ordres du jour étant en présence, il allait de soi que l'un, ralliant x suffrages de plus que l'autre, c'était le premier qui avait la majorité et devant lequel il n'y avait plus qu'à s'incliner. Ou alors, la discipline n'étant plus qu'un vain mot dans notre grand Groupement, celui-ci ne serait plus une troupe solide, prête à lutter pour les intérêts du Corps médical, mais un troupeau prêt à subir tout ce qu'on voudra lui imposer.

La "minorité" serait-elle donc mortellement atteinte par le vote de l'ordre du jour Gaussel, par la "majorité" ? Seul, un tel fait pourrait excuser, ou tout au moins expliquer, ces gestes menaçants et ce mot de "scission".

Or, mes chers confrères, le président de l'Union considère qu'il est de son devoir absolu de mettre les choses au point, dans leur réalité, et je déclare hautement et publiquement qu'il n'en est rien et qu'au contraire : l'ordre du jour Gaussel apporte à nos confrères, dits de la "minorité" toutes les facilités de faire ce qu'ils nous ont proclamé comme désirable.

Sincèrement, mes chers confrères, je vous le demande : Y a-t-il, dans l'ordre du jour Gaussel, un alinéa, une phrase, un mot, qui puisse gêner dans son action, présente ou future, un seul des 300 Syndicats de l'Union ?

Non ! et cela se comprend. Depuis quelques mois, à propos de cette loi d'Assurance-maladie l'opinion du Corps médical, au frottement de nos discussions, se façonne, se cristallise, s'unifie peu à peu. Oui, je le dis bien "s'unifie". Aussi, chose curieuse - et que mieux que quiconque, j'ai pu apprécier du haut du fauteuil présidentiel, lors de notre dernière Assemblée

731 Déjà abordé, voir précédemment.

générale - plus les orateurs se passionnaient, moins des différences foncières d'opinion s'accusaient. Plus les oppositions, en quelque sorte, semblaient s'afficher dans des paroles, plus les concessions s'inscrivaient sur les multiples ordres du jour présentés tout d'abord.

Et aussi, ne l'oublions pas, au moment où parfois, la chaleur de la discussion s'amplifiait jusqu'au tumulte, on sentait tout à coup, apporté par des délégués des provinces les plus diverses, un grand souffle de concorde et d'union déferler dans la salle et rebondir jusqu'à la tribune, en une large vague de fond…

La vérité (qu'on le sache dans les milieux extra-médicaux) est que malgré les apparences, le bloc de la grande famille est plus solide que jamais.

Quant à nous, militants syndicalistes, regardons au loin, à l'horizon. En cette heure si grave au moment où le projet de loi va être discuté au Sénat, faisons abstraction de notre personnalité. Est-il possible, en ce moment, de prononcer le mot impie de scission ? Ne serait-ce pas faire là un acte de "mauvais berger" et encourir une lourde, très lourde responsabilité devant tous les praticiens français présents et à venir ?

Ah ! Confrères de Lille et de Lyon, et vous particulièrement, les présidents de ces deux grands Groupements, écoutez, je vous en prie, ce que vous écrit ici solennellement - dans une lettre ouverte - le président de l'Union.

Loin du tumulte de nos Assemblées, dans le silence du cabinet, lisez et relisez froidement, sereinement, l'ordre du jour voté le 5 décembre 1925 par la majorité. Et, ensuite, en toute loyauté, répondez-moi :

Y a-t-il de quoi faire ce geste désastreux dont on nous a parlé ? Non ! N'est-ce pas ? Non, mille fois non ! de toute évidence.

Oublions donc, vous et moi, ces heures troubles, regrettables, pénibles, que nous venons de passer, et mettez cordialement la main dans celle que je vous tends ici, en toute sérénité.

Et nous pourrons ensuite nous féliciter mutuellement de n'avoir eu en vue que le bien de notre grande famille médicale, prête désormais à faire un front unique, et, au besoin, à se lancer un jour à l'action, d'un seul esprit et d'un seul coeur.

Je vous prie, mes chers confrères, de croire en mes sentiments profonds de cordiale fraternité.

Le Président de l'Union
Dr Decourt."[732]

732 Ibid., pp. 5 - 6. Passages soulignés par l'Union.

7.3. Des divisions au sujet des ordres du jour “Gaussel” et “Desrousseaux” à la scission

Ainsi, toutes les divisions au sein de l’Union semblent se cristalliser autour d’un désaccord sur le contenu de deux ordres du jour, celui du Dr Gaussel et celui du Dr Desrousseaux, résumant les idées directrices des deux camps qui se dessinent au sein du syndicalisme médical.

Analysons le contenu de l’ordre du jour dit “Gaussel”[733]. Par cet ordre du jour, l’Assemblée générale de l’Union affirme avoir pris connaissance de l’expérience de Roubaix-Tourcoing (précédemment exposée dans notre travail) et du projet de loi déposé devant le Sénat. Elle rend acte de ce que le projet sénatorial admet la participation du Corps médical à la direction des Offices d’Assurances sociales et que des ententes locales peuvent être faites en toute liberté entre Syndicats affiliés à l’Union et Caisses d’Assurances. Ainsi, par cet ordre du jour, l’Assemblée demande que ce projet de loi étende l’Assurance à certaines collectivités (mines, chemins de fer), que l’observation stricte du secret professionnel soit inscrite dans la loi et enfin que tout ce qui a trait aux honoraires au service médico-chirurgical, à son contrôle et aux conflits éventuels, soit réglé par des contrats entre Caisses d’assurances et Syndicats professionnels affiliés à l’Union. Il est entendu qu’un contrat collectif avec entente directe est le mode préférable.

Cet ordre du jour s’inscrit, notamment dans la forme, dans la continuité du “contrat collectif avec organisation de soins et contrôle”[734], que nous avions abordé précédemment, même s’il oriente sa préférence vers l’entente directe, dans une probable volonté de conciliation, comme en témoignent les propos du Dr Gaussel lui-même : “*Sa rédaction est suffisamment large pour que toutes les conceptions Syndicalistes de la Médecine des assurances sociales (paiement direct par le malade, tiers-payant, forfait) obtiennent satisfaction.*”[735] Mais il ajoute immédiatement : “*elle est suffisamment restrictive pour que nos représentants au Conseil de l’Union ne puissent pas suggérer aux Commissions parlementaires leurs préférences personnelles.*”[736] Cela en dit long sur la dualité entre intérêts individuels et intérêts collectifs et montre parfaitement le problème central du syndicalisme tendu entre la nécessité de se défendre d’une seule voix et la reconnaissance de divergences internes. Outre l’extension du projet aux mines et chemins de fer, ainsi que le respect du secret professionnel, il se base essentiellement sur la collaboration du corps médical au système d’assurance par l’intermédiaire d’un contrat collectif, laissant la possibilité de l’entente directe.

733 Ibid., pp. 7 - 8.
734 Cf. notre analyse, précédemment.
735 Ibid., p. 11.
736 Idem.

L'ordre du jour dit "Desrousseaux", quant à lui, défend les principes suivants[737] : l'assurance doit rester un contrat à deux entre l'assureur et l'assuré, le secret professionnel doit être intégralement observé et le principe doit être inscrit dans la loi, le libre choix doit être absolu et seulement entre les médecins portés sur les listes établies par les syndicats. Il ajoute que l'interposition d'un tiers entre le malade et son médecin est nuisible à l'exercice moral et normal de la médecine et que les conditions économiques actuelles ne permettent pas de consentir un tarif spécial à une collectivité quelconque (caisse ou État). En conséquence, l'Union des syndicats médicaux déclare vouloir traiter les futurs assujettis des assurances sociales comme des clients ordinaires. Selon cet ordre du jour, les syndicats concluront des accords locaux respectant les principes précédemment énoncés. Ces contrats collectifs se borneront à assurer : l'indication du fait de maladie, l'indication du nombre de visites ou de consultations, et ne comporteront jamais de tarification ni indication d'un pourcentage quelconque de participation des caisses dans les honoraires médicaux, ni organisation de soins, ni contrôle autre que celui que les syndicats exercent sur les médecins, conformément au système de Roubaix-Tourcoing[738]. Les questions d'hospitalisation et de gestion des Caisses devront être étudiées dans le plus bref délai. En *addendum* il est ajouté que, si toutefois des circonstances locales rendent le paiement par un tiers indispensable aux yeux de certaines syndicats, ceux-ci auront toute la latitude pour établir les contrats nécessaires[739].

Cet ordre du jour, et c'est en cela essentiellement qu'il diffère du précédent, semble bien plus restrictif, comme en témoigne d'ailleurs une plus grande longueur impliquant d'avantage de conditions. Il s'inscrit dans la continuité du contrat "avec entente directe dans les conditions de la clientèle ordinaire"[740], également évoqué précédemment dans ce travail. Il défend ainsi une liberté, voulue totale, du corps médical dans le cadre des assurances sociales et dont la collaboration doit être limitée et étroitement encadrée par l'entente directe et le refus de toute intervention d'un tiers entre le médecin et l'assuré, notamment en ce qui concerne les honoraires.

En somme, l'ordre du jour Gaussel, laisse une latitude très large aux syndicats dans la collaboration aux assurances sociales avec, comme marque de conciliation, la possibilité de réduire cette collaboration par les principes de l'entente directe. L'ordre du jour Desrousseaux, quant à lui, astreint les syndicats à l'entente directe avec, cette fois ci, comme marque de conciliation, un *addendum* laissant la possibilité d'un tiers payant (donc d'une collaboration plus large) si les conditions locales le rende nécessaire. Ces deux ordres du jour résument donc la position de

737 Cf. notre analyse, précédemment.
738 Cf. notre analyse, précédemment.
739 Ibid., p. 8.
740 Cf. notre analyse, précédemment.

chaque camp : acceptation de principe des assurances sociales pour le premier et refus de celles ci pour le second. Mais chacun laisse la possibilité aux syndicats individuellement de faire le contraire afin de respecter certaines divergences d'opinion.

Nous constatons donc que chaque camp tente de se montrer conciliant vis-à-vis de l'autre afin de maintenir à tout prix l'unité du corps médical syndiqué. Il est probable, que les deux camps, en faisant chacun un pas vers l'autre, espèrent faciliter le vote de leur propre ordre du jour et ainsi imposer leur vision des assurances sociales.

Comme le précisait précédemment Dr Decourt, c'est finalement vers l'ordre du jour Gaussel, voté par 8 316 voix contre 5 207, qu'ira la préférence des syndicalistes. Notons immédiatement que la répartition des deux tendances au sein de l'Union a significativement évoluée. Ceux qui, fermement attachés à l'entente directe, ne représentaient - semble-t-il - que quelques dizaines voire quelques centaines il y a encore quelques mois, dépasse désormais un tiers des syndicalistes. S'il était jusque là possible, pour la majorité, "d'ignorer" cette opposition, la situation a incontestablement changé : de par leur nombre, les "opposants" exigent que leur opinion soit entendue. Cela va inévitablement raviver les tensions entre les deux camps, comme le constate le Dr Gaussel, tout en minimisant les différences et en appelant à l'unité :

> "*Les deux ordres du jour sur lesquels l'Assemblée générale de l'Union a été appelée à voter ne s'opposent pas l'un à l'autre, il sont plutôt destinés à se compléter et cela me fait vivement regretter que certains partisans de l'ordre du jour Desrousseaux aient pris prétexte de sa mise en minorité pour essayer de créer une scission dans l'Union des Syndicats Médicaux à un moment où le concours de tous est plus indispensable que jamais…*"[741]

7.4. La scission du syndicalisme médical

Malgré les tentatives de nombreux syndicalistes pour maintenir la cohésion de l'Union, et en dépit des enjeux cruciaux face auxquels elle se trouvait, nul ne put empêcher la scission[742] qui eut lieu au terme de l'assemblée générale de décembre 1925 : "*Notre dernière Assemblée générale s'est terminée, en fait, par la scission de l'Union et le départ de la minorité.*"[743] Outre une fragilisation idéologique du corps médical syndiqué, cette scission aura également des répercussions sur l'organisation et les finances de l'Union, nécessitant une augmentation des

741 USMF, le *Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 11.
742 A noter que le Syndicat des Médecins de la Seine, bien qu'affilié à "l'opposition" reste, pour le moment, fidèle à l'Union.
743 Ibid., p. 28.

cotisations[744]. Mais l'Union réaffirme sa volonté de suivre la route qu'elle avait tracée et d'oeuvrer, quoi qu'il advienne, à la cohésion du corps médical :

> "*Dans le calme et conscient du mandat confié par l'Assemblée générale le conseil poursuivra inlassablement la route tracée, avec l'espoir que son action sera appréciée par ceux-là même qui l'ont si vivement critiquée. Peut-être reviendront-ils parmi nous, convaincus que seul le bloc compact du corps médical peut permettre de résoudre les graves problèmes du moment.*"[745]

Si le débat autour du tiers payant a incontestablement préparé le terrain de la scission, il n'en est finalement pas l'élément déclencheur principal, dans la mesure ou son rejet est moins catégorique que certains auteurs le laissent entendre. C'est bien d'avantage dans la manière de se protéger du tiers payant - remettant en cause l'identité libérale du corps médical -, donc dans les modalités d'interaction avec les institutions de protection sociale, notamment par l'intermédiaire des contrats, que se situent les désaccords. En se basant sur la même source, à savoir le *Médecin Syndicaliste* de l'année 1926[746], Patrick Hassenteufel semble rejoindre notre analyse[747]. Il estime que l'enjeu est la nature même du rapport aux institutions de la protection sociale, comme le montre l'assemblée générale de décembre 1925 : "*si le refus du tiers payant ne pose pas de problèmes, la question du rapport aux caisses entraîne la scission syndicale. [...]*"[748] Il ajoute que c'est bien le rapport à la protection sociale qui est au centre de cette opposition entre les deux ordres du jour. La majorité opte pour une médecine non plus sociale mais socialisée : "*Le syndicalisme médical [...] doit la position qu'il occupe actuellement à son attitude, à son programme. Son attitude c'est qu'il ne faut pas isoler le corps médical de la société. [...] c'est que nous devons faire de telle sorte que nous ne paraissions pas diriger nos efforts contre l'intérêt social car les intérêts médicaux sont liés aux intérêts sociaux.*"[749] Ainsi, selon Patrick Hassenteufel, le Dr Lanfontaine revendique la mise en place de contrats collectifs afin de modifier un rapport de force trop favorable entre le médecin isolé et la caisse.

A cette conception d'un syndicalisme médical s'intégrant à la protection sociale afin de défendre les intérêts des médecins, tout en participant à la mise en oeuvre de la politique sociale étatique, s'oppose nettement à celle prônée par les dissidents. Pour eux, la préservation du caractère strictement individuel de la pratique doit être l'unique but poursuivi par le syndicalisme médical : "*Le fond du syndicalisme pour nous, c'est le pacte syndical qui n'est nullement un contrat*

744 Idem.
745 Ibid., p. 28. Propos du "Conseil de l'Union" ; aucun auteur précis n'est mentionné.
746 Les débats de la fin d'année 1925 sont retranscrits dans le *Médecin Syndicaliste* de 1926.
747 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., pp. 95 - 96.
748 Ibid., p. 95.
749 Patrick Hassenteufel cite la source suivante : intervention du Dr Lafontaine à l'assemblée générale de décembre 1925: *Le Médecin syndicaliste*, 15 janvier 1926, p. 47.

collectif, mais une convention entre individus [...]. Nous ne voulons pas de contrat individuel de médecin à caisse : l'entente directe ce n'est pas l'entente entre un médecin et la caisse locale, c'est l'entente entre le médecin et le malade."[750] Pour Patrick Hassenteufel, le principal reproche adressé à la direction de l'Union est d'avoir défendu le contrat collectif obligatoire au Sénat. Ce 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". Selon le même auteur, elle revient à vider de toute sa substance l'idée même d'une assurance maladie, car l'expression signifie que les honoraires sont négociés au cas par cas entre le médecin et son patient, comme dans la pratique traditionnelle de la médecine où le médecin fixait librement le montant des honoraires. À la caisse le remboursement, au médecin la fixation des honoraires. Il ajoute que c'était là refuser un système de soins socialisé, le syndicalisme médical ayant pour seul but la préservation du caractère libéral de la pratique médicale.

Si l'enjeu repose essentiellement sur le type de contrat, il nous faut rappeler que, comme nous l'avons analysé précédemment, il existe un lien évident entre ce contrat et la question du tiers payant, au moins dans la mesure où le contrat détermine les modalités d'interaction entre le corps médical et les caisses faisant office de tiers. Les syndicats dissidents estiment finalement que la direction de l'Union ne défend pas suffisamment l'identité libérale de la profession en tentant d'imposer le contrat collectif de façon obligatoire. Ainsi, sous le terme "tyrannie syndicale", symbole de la dualité entre intérêt individuel et corporatiste, se cache, toujours et encore, la défense de l'exercice libéral.

7.5. L'idéologie syndicale de l'opposition

Au lendemain de la "scission", ce qui n'étaient encore que deux tendances idéologiques, vont constituer deux camps, puis deux entités distinctes : l'Union d'un côté et, de l'autre, la "minorité" dissidente - plus libérale[751] - qui deviendra la "Fédération".

Toutefois, il ne faut pas imaginer une situation beaucoup plus "tranchée" qu'auparavant ; nous allons y venir.

750 Patrick Hassenteufel cite les propos du Dr Duby dans *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, pp. 52 - 53.

751 Frères, Robinson ; Rossignol, Louis, *Les politiques de santé en France : quelle perspective pour le monde médical ?*, in *Club du millénaire*, Lille : Sciences Po, novembre 2013, p. 8.

7.5.1. Le contexte

7.5.1.1. L'influence de l'expérience de Roubaix-Tourcoing[752]

Le départ de la "minorité" dissidente va conduire à une profonde remise en question du fonctionnement, et même de l'idéologie, de l'Union. Cela transparaît notamment dans le bilan fait par l'Union du système "d'assurance" de Roubaix-Tourcoing. Rappelons rapidement les précédents propos du Dr Quivy, de la Fédération du Nord, à ce sujet : "*Cette collaboration [entre les syndicats et le consortium, NDLR] a abouti à un contrat collectif sans tiers-payant, avec organisation du contrôle par le Syndicat médical et respect du secret professionnel.*"[753] En 1924, ce système, sorte de "maquette" des assurances sociales, était donc de nature à satisfaire - au moins en apparence - toutes les attentes du corps médical. Mais, en 1926, au lendemain de la scission, au combien influencée par l'étude de la situation à Roubaix et Tourcoing, comme en témoignent les références qui y sont faites dans les deux ordres du jour, les mentalités ont évolué. La critique s'axe désormais sur la "responsabilisation" du patient, vu comme un assisté et non comme un assuré. Si l'on se rappelle avec quelle considération le corps médical abordait l'AMG, la critique suivante, émanant du Dr Lafontaine, ne devrait plus nous étonner :

> "*Reconnaissons d'abord que le milieu où il [le système du consortium de Roubaix-Tourcoing, NDLR] s'applique n'est pas l'Assurance. Le bénéficiaire des allocations du Consortium ne paye aucune cotisation*[754]*. Sa position est celle d'un assisté, non d'un assuré. La mentalité qui en résulte n'est pas celle de l'assuré. L'assuré à des droits, l'ouvrier de Roubaix-Tourcoing n'en a pas ; on lui donne. Il y a une retenue chez l'un qui n'existe pas chez l'autre. Le bénéficiaire des allocations du Consortium ne participe pas au contrat. Il en est "l'objet" ; il n'y a point de voix. Il s'agit d'un contrat à deux, mais d'un genre spécial : le principal intéressé en est absent.*"[755]

La critique n'épargne pas d'avantage l'aspect financier, le Consortium pouvant *"à son gré, augmenter ou diminuer ses allocations."*[756] ; ni l'épineuse question du contrôle : "*Le contrôle ? Il est en dehors de la profession ; et c'est important : Il y a un contrôle du consortium sur les ouvriers. Il y a un contrôle du Consortium sur les médecins, puisque ce sont les seules plaintes du Consortium qui déclenche l'appareil de justice du Syndicat médical.*"[757] S'il est vrai que l'Union

752 Le lecteur pourra se reporter à l'analyse de ce système effectuée précédemment dans notre travail.
753 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1924, p. 607.
754 Rappelons que c'était le système autrefois voulu par Bismarck, qui prétendait que l'assurance maladie ne pouvait être réellement efficace que si les "assurés" ne payaient pas.
755 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 34..
756 Ibid., p. 34. Propos du Dr Lafontaine.
757 Idem.

souligne certaines “dispositions heureuses” de ce système[758], la critique a par ailleurs - du moins en apparence - sensiblement changé de cible. En apparence, en effet, car si l’enjeu de pouvoir était initialement retranché derrière le libre choix, le paiement à la visite, ou encore le secret professionnel, il est désormais en première ligne, clairement affirmé, quitte à mettre le patient en porte-à-faux. C’était, somme toute, le virage qu’avait amorcé la dissidence pour conduire à la scission.

7.5.1.2. Une situation instable

D’autre part, les deux forces en présence ne sont pas exemptes de failles, et l’unité de chacune d’elle n’est pas absolue. L’Union compte toujours parmi ses membres le Syndicat des Médecins de la Seine, aussi influent que problématique. Si ce dernier semble pour le moment convaincu de la nécessité de maintenir l’Union, sur le plan idéologique, il dessine une nouvelle fracture qu’il n’aura de cesse d’accentuer jusqu’à la rupture. L’opposition, elle, doit et devra faire face à la volonté de certains de ses partisans, bien qu’idéologiquement détachés de l’Union, de rejoindre à nouveau cette dernière dans un but stratégique. Les frontières entre les différents groupements syndicaux sont donc particulièrement floues et mobiles, tiraillées entre rejets idéologiques et tentatives de rapprochements stratégiques, jeu au combien politique auquel le syndicalisme s’est toujours défendu de participer.

7.5.2. Le plaidoyer de l’opposition contre l’Union

7.5.2.1. De la “tyrannie syndicale” à la question du pouvoir médical

Avec le peu de recul dont les syndicalistes disposent sur la situation, l’heure n’est pour le moment pas à la réconciliation. Le Dr Bouvat épingle franchement le Dr Lenglet, secrétaire général de l’Union, en l’accusant de trahison sur fond de “tyrannie syndicale” :

> “*Je le dis au Dr Lenglet : Alors que l’an dernier, il s’était dégagé de l’esprit de notre Assemblée que le corps médical français entendait, par dessus tout, rester libre, localement, de ses décisions à prendre vis-à-vis des assurances sociales, vous, Lenglet, vous êtes allé devant le Sénat dire que nous voulions le contrat collectif obligatoire, avec un contrôle et des sanctions ; en faisant cela, Lenglet, vous avez trahi. (Exclamations.)*”[759]

Ce à quoi le Dr Lafontaine réplique : “*N’allez donc pas dire que quand les Parisiens, au nom de l’Union des Syndicats, vont à la Chambre ou au Sénat, ils trahissent forcément vos intérêts : ce n’est pas exact. N’essayez pas non plus*

758 Ibid., p. 36.
759 Ibid., p. 40.

d'opposer la province à Paris."[760] Cela pose la question de l'organisation et de l'autonomie syndicale face aux institutions sociales, qui est un l'enjeu central de la scission.

Ces tensions remettent en cause les principes mêmes du syndicalisme médical et sont l'occasion pour le Dr Lafontaine de dresser un bilan évolutif de "l'opposition" depuis les prémices des assurances sociales. Ce bilan est certes subjectif, mais au combien essentiel pour comprendre les liens profonds entre syndicalisme et assurances sociales. Dans une longue rétrospective[761], le Dr Lafontaine revient sur les cinq dernières années de l'action syndicale.

Il rappelle qu'en 1921 s'est posé pour la première fois, devant les médecins syndicalistes, le problème des assurances sociales. Mais il précise immédiatement que ce problème n'était entièrement neuf, parce qu'en 1913 et en 1914 il avait été posé déjà sous une autre forme. En 1913 était née la "Commission Chéron". Selon le Dr Lafontaine, elle n'avait qu'un but, qu'un objet : la taxation des honoraires du corps médical. Il estime que c'est à ce moment que les médecins ont eu conscience du danger. Selon René Lafontaine, l'Union a alors fait une campagne ardente contre la commission Chéron-Métin, qui aurait permis de la faire disparaître au lendemain de la Première Guerre mondiale. L'Union n'a dès lors plus cessé de lutter contre les assurances sociales.

Pour l'ancien secrétaire général de l'Union, c'est à ce moment-là que l'opposition s'est manifestée, très légèrement au début, lors de la prise de parole du Dr Michon lors de l'Assemblée générale de 1921 : il a posé la question sur le terrain social en même temps que sur le terrain médical. Sa première idée en considérant l'Assurance sociale a été que c'était une chose mauvaise et que cette chose mauvaise devait immédiatement entraîner l'opposition en bloc du corps médical. Pour René Lafontaine, le Dr Michon eut alors une phrase caractéristique en disant qu'il fallait *"que cette loi soit enterrée, que la meilleure solution était de l'enterrer dans le grand cimetière où dorment tant de lois inopportunes et mal conçues*"[762]. Le Dr Michon aurait ainsi ajouté : "*Si nous sommes obligés, après avoir cédé sur cette position, de nous réfugier sur une autre, nous tâcherons de sauver le libre choix.*"[763]

Le Dr Lafontaine rappelle qu'à cette époque on donnait comme exemple la région de Saint-Etienne où, disait-on, les médecins traitent les mutualistes comme des clients ordinaires. Selon lui, on oubliait que la région de Saint-Etienne, qui est une région minière, une région de houillères et d'usines, est une région de médecine patronale où il y a de nombreux forfaits. Il souligne que le syndicat de Saint-Etienne, si hardi dans sa lutte contre les assurances sociales, avait fait un effort considérable pour faire cesser les forfaits dans la Loire. Il va plus loin et affirme que cette région

760 Ibid., p. 42.
761 Ibid, pp. 44 - 48.
762 Le Dr Lafontaine reprend ici les propos du Dr Michon.
763 Idem.

est une de celles où il y a le plus de forfaits, qu'elle serait une des régions où la médecine est la plus "patronalisée", où il y aurait plus de "fixes"[764], le plus de médecins salariés.

En 1922, toujours selon l'ancien secrétaire général, l'Union des Syndicats, après avoir envisagé la tactique à suivre en face des projets d'assurances-maladie était arrivée à cette conclusion qu'il fallait que le syndicalisme intervienne pour pouvoir, dans un contrat collectif, prendre en charge la médecine sociale, et, en particulier, passer des contrats collectifs avec les caisses d'assurances. Il ajoute, qu'en raison de la nécessité d'une lutte syndicale longue et difficile, l'Union devait songer à renforcer son armature syndicale et, particulièrement, à organiser le secrétariat des syndicats. C'est à l'assemblée générale de 1922 que s'affirme l'opposition du syndicat de Bourg-Trévoux sur ce point. Cette opposition s'est faite sous la forme suivante : refus d'accepter la suggestion de l'Union d'organiser son secrétariat. S'en suit un échange entre le Dr Duby, du Syndicat de Bourg-Trévoux et le Dr Lafontaine :

"*Dr Duby. - "De salarier son secrétaire."*

Dr Lafontaine. - "… d'indemniser son secrétaire, parce qu'en effet nous avions prévu que ceux qui travaillent pour vous à longueur d'année avaient droit à une modeste indemnité. Nous avions donné l'exemple du syndicat de la Vendée qui avait voté une indemnité à son secrétaire. Je persiste à penser que la première chose à faire pour avoir un secrétariat, c'est d'avoir un secrétaire et l'on ne peut admettre qu'il travaille pour ses confrères et qu'il néglige souvent ses propres intérêts, sans qu'une indemnité lui soit allouée…"[765]

La salle devant laquelle s'exprime le Dr Lafontaine devient houleuse. A en croire les archives de l'Union, l'opposition, massée surtout dans le tiers droit de la salle, supporte impatiemment son intervention :

"*Le Président. - "Ne faites donc pas d'obstruction à l'orateur."*

Une voix. - "Il nous empêche de voter sur la question de confiance !" (Bruits. Mouvements divers.)

Le Président. - "Voilà une année que vous attaquez le Conseil ; permettez-lui de se défendre au moins une heure !"

Dr Lafontaine. - "L'opposition faite en 1922 était déjà une opposition fondamentale…"

Dr Bouvat. - "Mais nous ne discutons pas là-dessus !"

Le Président. - "Laissez parler l'orateur !" (Mouvements divers.)

Un délégué. - "Voilà cinq ans que nous pataugeons dans le même marécage. Il est nécessaire que cela soit vidé une fois pour toutes." (Applaudissements. Bruit.)

764 Les médecins utilisent parfois ce terme à l'époque pour désigner les rémunérations forfaitaires.
765 Ibid., p. 45.

Dr Lafontaine. - "… Je suis ici pour tâcher de jeter de la clarté dans le débat en définissant ce que j'appellerai le domaine de l'opposition."

Laissez-moi vous dire d'ailleurs que j'aurais préféré que l'opposition définit elle même ce domaine. Si l'on veut une discussion claire, il faut mettre exactement en lumière les traits capitaux de l'opposition."[766]

Ainsi, Le Dr Lafontaine poursuit et affirme que l'opposition, dès ses premières manifestations, a prouvé que déjà elle combattait les principes que nous appellerons syndicalistes et d'après lesquels l'organisation de la médecine sociale devait être faite par le syndicat. La signification du geste de Duby en 1922 était, selon lui, qu'il s'insurgeait contre les tendances de l'Union et qu'il refusait d'entrer dans la voie où l'Union des Syndicats s'était engagée depuis 30 an.

René Lafontaine rappelle que dans mon rapport à l'Assemblée générale de 1922, il avait cité la résistance du syndicat de Bourg-Trévoux aux décisions des assemblées générales de l'Union préconisant l'organisation du secrétariat des syndicats. Il affirme avoir rapporté, à cette occasion, que ce syndicat par l'organe de son secrétaire avait décidé de supprimer l'indemnité qu'il allouait à son secrétaire, en donnant à cette décision la signification suivante : il voulait "*montrer que le syndicat de Bourg refuse de s'associer aux tendances de l'auto-fonctionnarisation syndicale manifestée par l'Union des Syndicats*"[767]. Selon le Dr Lafontaine, le Dr Bouilloud, délégué du Syndicat de Bourg-Trévoux aurait apporté, à la tribune de l'assemblée générale de 1922, la réponse suivante :

"*Le Syndicat de Bourg-Trévoux proteste contre la façon tendancieuse dont est présentée son attitude à propos de la suppression de l'indemnité de son secrétaire. L'interprétation de cette attitude comme une opposition au syndicalisme médical est purement fantaisiste, car il est difficile de concevoir un syndicat "antisyndicaliste". La vérité (et l'auteur du rapport ne l'ignore pas) c'est qu'il y a deux conceptions du syndicalisme médical : la conception extrémiste ou "intégrale" qui revendique la prise en charge des soins médicaux par le syndicat devenu administrateur gérant, et la conception modérée, qui considère le syndicat comme un organisme de défense des intérêts du médecin et refuse d'en faire une coopérative et un rouage administratif. Venir prétendre que les partisans de cette manière de voir sont anti-syndicalistes est une assertion erronée : nier que la gestion d'une coopérative de soins conduise à un fonctionnariat syndical c'est nier l'évidence.*"[768]

Pour René Lafontaine, la question commence à s'éclairer. Selon lui, le geste du Dr Duby, en 1922, était déjà une charge contre le syndicalisme de l'Union. Il ajoute que l'on trouve dans l'intervention du Dr Bouilloud les mêmes attaques contre le syndicalisme soi-disant extrémiste, les conceptions "intégrales" de l'Union reprises

766 Ibid., pp. 45 - 46.
767 Propos prêtés aux représentants du syndicat de Bourg-Trévoux par le Dr Lafontaine.
768 Ibid., p. 46.

chaque année dans les circulaires de l'opposition. Pour l'ancien secrétaire général, cette année 1922 est d'ailleurs riche en manifestations caractéristiques. Il reprend notamment les propos du Dr Cibrie qui affirmait, en 1922, que les syndicats médicaux n'étaient pas capables d'organiser la médecine sociale et la lutte contre les grands fléaux sociaux.

Enfin le Dr Lafontaine rappelle que c'est à la suite de l'Assemblée de 1922 qu'apparaît une demande de modification du statut intime de l'Union : la représentation régionale est réclamée.

En 1923, à l'Assemblée suivante, il note que la campagne n'est plus menée contre la loi d'assurances sociales, mais contre le contrat collectif. Il rappelle une séance où tout le combat a porté sur ce point : Est-ce que le contrat collectif fait partie de la doctrine syndicaliste ? C'est alors qu'apparaît le texte de la Fédération de la Côte-d'Or :

> "*Considérant que la profession médicale ne peut être liée par des contrats qui entravent son indépendance et sa liberté ;*
>
> *Considérant que persister dans la voie suivie jusqu'à ce jour serait faire preuve d'un aveuglement funeste à la corporation médicale ;*
>
> *Déclarent, à l'hunanimité, qu'ils subissent à regret les tarifications, contrats et contrôle qui leur ont déjà été imposés et que, voulant conserver leur liberté, ils s'opposent énergiquement pour l'avenir à tout contrat collectif ;*
>
> *Proposent que tout membre d'une collectivité quelconque, Caisse d'assurance sociale, en particulier, soit soumis au tarif syndical local et honore intégralement et directement son médecin, libre à lui de s'entendre avec sa Société, sa Caisse d'assurance, la Commune, le Département ou l'Etat, sur l'indemnité qui lui sera allouée pour ses frais médicaux.*"[769]

René Lafontaine s'exclame : "*Comme si tout cela n'était possible sans entente préalable du syndicat médical avec la collectivité !*"[770]

Selon lui, le Dr Duby, plus entier, conteste en 1923 non seulement le principe du contrat collectif mais encore le principe même de la loi en préparation, son opportunité et pense que le corps médical peut en reculer l'application et ignorer purement et simplement les contrats collectifs.

L'Union serait sortie de cette bataille par une motion d'unité, comme toutes les fois. Pour René Lafontaine, cette motion d'unité était claire : l'opposition avait alors accepté, ce jour-là, le contrat collectif. Il est alors interrompu par le Dr Cibrie, du SMS :

> "*Dr Cibrie. - "Quand nous nous sommes ralliés au contrat collectif, il était reconnu, dans la salle, que le contrat collectif ne pouvait être accepté que comme un mal nécessaire : c'est un pis-aller, et pas autre chose." (Quelques applaudissements à droite.)*

769 Ibid., pp. 46 - 47.
770 Ibid., p. 47.

Dr Lafontaine. - "… En tout cas, l'attaque a été menée à l'Assemblée générale de 1923 contre le contrat collectif et le contrat collectif a triomphé, avec quelques réserves pour les uns, sans réserves pour les autres. Le contrat collectif, d'ailleurs, est un très mauvais terrain de bataille pour vous, opposition, car il ne paraît pas qu'il soit possible de faire quoi que ce soit en dehors du contrat collectif." (Mouvements divers.)"[771]

Le Dr Lafontaine en arrive à l'assemblée générale de 1924. Selon lui, la même bataille se poursuit. En conséquence, trois moyens de collaborer à l'application de la loi sur les assurances sociales sont proposés, que René Lafontaine énumère : contrat collectif avec tiers payant, contrat collectif sans tiers payant, entente directe qui n'excluait pas la conclusion du contrat collectif car, selon lui, s'il y a face à face une caisse et un syndicat médical et pour éviter la concurrence au rabais, il faut que les membres du syndicat s'entendent avec la caisse pour que cette concurrence devienne impossible.

René Lafontaine insiste :

"*L'ordre du jour est clair… (Mouvements divers.) Vous pouvez le relire. J'entends dire toujours qu'on vote des nègres blancs, mais ce nègre-là était parfaitement noir et net…"*

Une voix. - "Le président l'appelait une bouillabaisse !"

Dr Lafontaine. - "… Le vote que vous avez émis était sans doute une bouillabaisse, parce qu'il était émis dans le désordre. (Protestations à droite.) Mais l'ordre du jour lui-même a été lu en plein calme, et permettez-moi de vous dire que je trouve étrange que vous le contestiez." "[772]

René Lafontaine reprend et affirme qu'en 1923, l'opposition s'est affirmée sur un autre terrain, sur l'organisation même de l'Union : il fallait réformer les statuts de l'Union. Selon l'ancien secrétaire général de l'USMF, l'Union des Syndicats avait besoin d'une organisation toute différente ; l'assemblée générale n'était pas là pour discuter, mais simplement pour rassembler les ordres du jour votés dans les syndicats, dans les régions ; il fallait une représentation régionale. Lafontaine : "*Curieux parallélisme entre les attaques contre le syndicalisme de l'Union et contre sa structure !*"[773]

Le Dr Lafontaine a suivi l'opposition à travers ses différentes manifestations au cours de ces dernières années. Il a opposé au syndicalisme de l'Union, le "néo-syndicalisme" de l'opposition et termine en accusant ce néo-syndicalisme, à son sens doctrine purement négative, de conduire à la politique du "laisser faire".

Et le Dr Lafontaine de conclure :

"*Nous sommes en présence d'une opposition que nous pouvons qualifier, qui a une sorte de programme, lequel ressort de ses textes, de ses attitudes. Ce programme est celui-ci :*

771 Idem.
772 Ibid., pp. 47 - 48.
773 Ibid., p. 48.

L'Union des syndicats, telle qu'elle est constituée, ne répond plus aux besoins actuels de la défense syndicale ; il faut substituer à son orientation, que nous appellerons syndicaliste, une autre orientation que nous appellerons néo-syndicaliste.

Et ce néo-syndicalisme où vous mènera-t-il ? Au "laisser-faire". Vous aboutirez à ce résultat qu'au lieu de travailler les problèmes d'avance, vous attendez que les problèmes soient déjà résolus pour agir. (Mouvements divers.)

… Vous nous reprochez notre organisation centrale et vous apportez quoi ? Rien ! (Mouvements divers, Bruits dans la salle.)

Le syndicalisme médical a dû sa puissance à une méthode qu'il a suivie depuis toujours. Il doit la position qu'il occupe actuellement dans les milieux sociaux à son attitude, à son programme. Son attitude, c'est qu'il ne faut pas isoler le corps médical de la société ; c'est que la médecine, au point de vue social, doit évoluer comme le reste. La vérité, c'est que la médecine n'est pas une église ; c'est que nous devons faire de telle sorte que nous ne paraissons pas diriger nos efforts contre l'intérêt social car les intérêts médicaux sont unis aux intérêts sociaux.

Les méthodes du syndicalisme médical vous ont, jusqu'à ce jour, assuré la victoire. Vous voulez changer ces méthodes ? Que mettrez-vous à leur place ? Rien. Et à quoi aboutirez-vous ? A la défaite du syndicalisme médical. (Applaudissements.)"[774]

Les tensions sont désormais extrêmes. Elles secouent l'Union et vont mener à la scission selon de multiples facettes. Elles se déroulent, cela paraît de plus en plus évident, autant sur le terrain des assurances sociales que sur celui de la doctrine syndicaliste, les deux étant inévitablement liés. Nous disons "inévitablement" car, que ce soit dans le camp de l'opposition ou celui de l'Union, le corps médical ne peut défendre ses intérêts dans le cadre des assurances sociales que par l'intermédiaire de groupements professionnels, en l'occurrence les syndicats. Partant de là, c'est soit le syndicalisme qui doit s'adapter aux assurances sociales, soit les assurances sociales qui doivent s'adapter au syndicalisme, avec, entre ces deux extrêmes, tout un panel d'intermédiaires. Et c'est bien là que deux conceptions divergent. Si l'on considère, comme le Dr Lafontaine, que les assurances sociales sont une émanation de la "société"[775], le syndicalisme doit s'adapter à la société, ou la société au syndicalisme. C'est notamment l'interprétation qu'en fait Patrick Hassenteufel, précédemment cité, dans son analyse de la scission. Et cela revient finalement à déterminer, le syndicalisme représentant - à cette époque - le corps médical voire la médecine, si la société doit s'adapter à la médecine ou l'inverse. A une autre échelle, cela revient à considérer l'adaptation du

774 Ibid, pp. 44 - 48.

775 Notion toutefois très discutable. Il faut sans doute considérer par "société", ce qui est extérieur au corps médical.

médecin au patient et celle du patient au médecin, en opposant la médecine paternaliste à une certaine autonomie du malade. Le sujet est extrêmement vaste et nécessiterait un travail propre, mais toujours est-il que c'est une question fondamentale dans le domaine des assurances sociales, de tous points de vue (Etat, syndicats médicaux, caisses, mutualité, etc.) et à toute échelle (société, patient), à laquelle il serait vain de vouloir répondre ici.

Mais les divisions du corps médical s'inscrivent également dans la dualité inévitable entre intérêts individuels et intérêts collectifs. Certains diraient qu'ils ne sont pas forcément inconciliables, voire même que l'intérêt commun pourrait être la somme des intérêts individuels. Cela serait vrai dans un syndicalisme purement matérialiste, faisant abstraction des *egos* individuels et sans enjeux de pouvoir, avec un corps médical qui aurait une vision unique. Mais tel n'est pas le cas et, par la pression de contrôle que l'Union exerce sur les syndicalistes, elle fait jaillir de ses failles de multiples oppositions plus ou moins groupées et structurées.

Et c'est finalement sur les éléments précédents que vont se construire les différentes tendances du syndicalisme médical, à savoir opposition entre les partisans et les opposants au contrôle, devenant une opposition entre partisans d'une "organisation de soin et contrôle" et partisans de "l'entente directe", elle-même devenant opposition entre présence et absence de contrats collectifs, rejoignant enfin la question de l'opposition au principe même des assurances sociales. Progressivement, les oppositions, initialement tournées vers certains points, vont s'élargir jusqu'à englober totalement les assurances sociales. Comme le souligne Patrick Hassenteufel, dans un article paru en 1999, il existe un lien direct entre le contrôle et le pouvoir médical :

> "*Le pouvoir professionnel des médecins repose sur trois piliers : le monopole des soins, la position dominante dans la hiérarchie des soins et l'autonomie au niveau de la pratique médicale. [...] Ces deux pans [les deux premiers, NDLR] du pouvoir médical n'ont pas été nettement remis en cause. [...] Il n'en va pas de même pour le dernier aspect du pouvoir professionnel des médecins, à savoir l'autonomie professionnelle. Il s'agit là d'un élément essentiel dans la mesure où la profession médicale s'est construite historiquement sur la base de la conquête de ce pouvoir. Si l'on suit les sociologues de la profession médicale, en particulier Elliott Freidson*[776] *, la marque du passage de métier de soignant à celui de profession médicale est l'acquisition d'un statut garantissant l'autonomie professionnelle. Celle-ci renvoie à deux éléments : d'une part la pleine liberté de choix du médecin dans la poursuite de l'objectif de la guérison ; d'autre part le contrôle par la profession elle-même de la pratique médicale dont elle fixe les règles déontologiques.*"[777]

776 Patrick Hassenteufel cite ici la source suivante : Freidson, Elliott, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

777 Hassenteufel, Patrick, *Vers le déclin du "pouvoir médical" ? - Un éclairage européen : France, Allemagne, Grande-Bretagne*, in *Le Pouvoir Médical*, *Pouvoir*, n° 89, Paris : Les éditions du Seuil,

C'est la raison pour laquelle l'enjeu de cette scission semble finalement se résumer à la préservation de l'auto-contrôle de l'exercice de la profession. Ce déterminant majeur de l'exercice libéral serait, selon les syndicats dissidents, insuffisamment défendu par l'Union. Cette scission résume finalement à elle seule tous les maux du corps médical relatifs aux assurances sociales.

7.5.2.2. La dissidence justifie son action

Quand est-il de la réponse de l'opposition ? Elle est - encore une fois - relativement longue, particulièrement virulente, et illustre très bien les propos précédents de Patrick Hassenteufel.

Pour le Dr Duby, de l'opposition, "*s'il y a une question d'idées dans le rapport du Secrétaire général, il y a d'abord une question qui doit être visée : c'est celle de la délégation du groupement de la région du Rhône, qui a fait suite à la délégation dite officielle de l'Union des Syndicats médicaux de France.*"[778] Il souligne que, d'après le secrétaire général, la délégation du groupement de la région lyonnaise aurait "par son intervention mal avisée, servi des intérêts prêts à profiter de toute indécision, de toute division perçue dans les rangs du corps médical. Il affirme que son *"intervention aberrante"*[779] serait la cause de la modification de l'article 4 par la commission sénatoriale : alors que le texte primitif stipulait le choix du médecin sur une liste établie d'accord entre les syndicats et les caisses, la deuxième rédaction ne parle que d'une liste établie par la caisse seule. Pour illustrer ses propos, le Dr Duby cite le secrétaire général de l'Union :

> "*On ne saurait mieux satisfaire les partisans de l'entente directe, sans intervention syndicale*[780] *: la caisse est libre d'agréer ou de ne pas agréer tel ou tel praticien faisant partie d'un groupement qui n'a pas contracté, d'agréer aussi ceux qui n'appartiennent à aucun groupement, ou qui, d'occasion, s'unissent en une forme syndicale destinée seulement à l'exploitation de la situation.*"[781]

Ainsi, pour le Dr Duby, lorsqu'un projet d'article de loi vient restreindre le libre choix en le soumettant à l'agrément des caisses, lorsqu'il prétend créer un régime de contrats individuels à des conditions fixées par lesdites caisses, le secrétaire général ferait, selon lui, semblant de croire que cela constitue toujours l'entente directe et que les syndicalistes de l'opposition sont les principaux instigateurs de la révision

---

1999, pp. 53 - 54.

778 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 48.

779 Idem.

780 Il faudrait donc comprendre ici l'entente directe comme une absence d'intervention syndicale. Ceci constitue encore une nouvelle définition de ce qu'est cette "entente directe", dont on parle de plus en plus, mais que l'on a de plus en plus de peine à définir.

781 Ibid., p. 48.

des textes. Le Dr Duby s'exclame : "*Vraiment, c'est se moquer !*"[782] Puis il s'explique en ces termes :

"*Nous sommes tous, je pense - et le Secrétaire général ne doit pas l'ignorer - au moins aussi décidés que lui à rejeter toute collaboration à l'assurance, si l'article 4 modifié passait tel quel dans la loi promulguée. La commission sénatoriale n'a pas pu comprendre l'entente directe, demandée par nous, comme le Secrétaire général affecte de le croire. Ceux qui ont lu notre mémorandum ne peuvent avoir aucun doute là-dessus. Est-ce pour cela que le Médecin Syndicaliste s'est bien gardé de le publier ?*"[783]

Il ajoute que l'opposition ne regrette en rien "l'acte d'indiscipline syndicale" de sa délégation :

"*C'est une manifestation d'indiscipline indiscutable, mais qui a été rendue nécessaire par la façon dont la délégation officielle avait rempli son mandat. [...] Eh bien ! s'il est une vérité incontestable, c'est que la délégation [dite "officielle", NDLR] a trahi son mandat sur les points capitaux suivants :*

Alors que l'ordre du jour voté considérait l'entente directe comme n'excluant pas l'établissement d'une convention entre syndicats et caisses, ni la possibilité d'un contrôle, la délégation, elle, a affirmé que l'entente directe doit toujours, dans l'intérêt de l'Etat, des bénéficiaires et des médecins, être sanctionnée par une convention, par un accord, par un contrat établi entre les caisses et les syndicats. Cette entente est nécessaire, ajoute la note[784]*, (pas l'entente directe, bien entendu, mais l'entente avec les caisses) elle devra être spécifiquement stipulée dans la loi.*

Quant au contrôle envisagé comme seulement possible par l'Assemblée, la délégation le déclare nécessaire et propose qu'il soit établi dans les conditions analogues à celles qui sont inscrites dans l'article 64 de la loi des pensions. Il y a quelque chose de paradoxal à proposer pour l'entente directe un système de contrôle créé et mis au monde pour le Tiers-Payant.

Mais la fantaisie ne devait pas s'arrêter là. Il est strictement obligatoire - a dit la délégation ["officielle", NDLR] - que les commissions de contrôle ainsi instituées disposent d'un pouvoir de sanctions qui devra être légalement établi. [...]

Je poserai ici quelques questions très précises au Secrétaire général ; oui ou non, l'Assemblée générale a-t-elle demandé cela ? En a-t-elle seulement délibéré ? Est-il même concevable que la délégation ait cru défendre l'esprit de la dernière Assemblée en présentant à la commission sénatoriale un pareil Caresme-prenant ? Vraiment l'entente directe ainsi accoutrée ressemble comme une soeur au tiers-payant ! Et c'est pourquoi,

---

782 Idem.

783 Ibid., pp. 48 - 49.

784 Il s'agit d'une note émise par la commission de l'Union sur les assurances sociales, à l'attention de la délégation "officielle".

connaissant ce maquillage par les épreuves du Médecin Syndicaliste lui-même, la délégation "aberrante" n'a pas reculé devant l'acte d'indiscipline qui s'imposait. [...]."[785]

C'est donc bien, au final, le refus du tiers payant - alors que l'Union le juge tolérable - qui, selon l'opposition, aurait mis le feu aux poudres, poussant une délégation non mandatée par l'Union à trahir la discipline syndicale en intervenant auprès du Sénat. Ainsi l'Union, par la délégation dite "officielle" n'aurait pas respecté l'ordre du jour voté lors de la dernière assemblée générale et n'aurait, par conséquent, elle-même pas respecté le mandat donné par cette même commission. Les critiques de l'opposition se focalisent essentiellement sur la question du contrôle qui, comme nous l'avions déjà souligné, est un corollaire inévitable du tiers payant, réduisant l'autonomie du corps médical. Et si contrôle il doit y avoir, même le contrôle syndical ne semble pas de nature à satisfaire l'opposition, qui s'attache à défendre une entente directe qu'elle ne peut concevoir que sans l'interposition d'un quelconque tiers entre le médecin et son patient - quant bien même ce serait le syndicat -, mais pas entre les collectivités et le médecin. En effet, contrairement à ce que sous-entendrait le Dr Lafontaine (cité par le Dr Duby), l'opposition ne demande pas l'absence totale d'intervention syndicale et, par conséquent, en ce qui concerne l'article 4, paragraphe 2, du projet de loi, rejoint l'Union sur la nécessité d'une telle intervention dans l'établissement des listes de médecins des assurances sociales. Ainsi, contrairement à ce qui a été régulièrement reproché à l'opposition, sa doctrine ne semble pas rejeter le syndicalisme, mais plutôt l'interposition de ce dernier en tant que tiers dans la relation médecin-patient, qu'il s'agisse du paiement des honoraires ou du contrôle de l'exercice médical.

Le Dr Duby poursuit :

"*Après avoir suivi le Secrétaire général le long de son rapport, il me reste à parler d'une dernière lacune que j'y ai relevée. Aucune mention n'est faite en effet du travail du même auteur publié dans le Médecin Syndicaliste numéro spécial de juin*[786]*, travail où l'on concluait nettement à la fonctionnarisation du corps médical hospitalier en vue de l'assurance sociale. Pour bien établir les responsabilités, il faut noter que le Conseil de l'Union a adopté ces conclusions dans la séance du 17 mai. Le fait était assez important pour que le Secrétaire général ne le passât pas sous silence, à lui et au Conseil, quand et en quels termes l'Assemblée générale leur à donné mandat de réclamer cette fonctionnarisation. Je ne doute pas d'autre part qu'ils aient sollicité l'avis des intéressés et les prierai de vouloir bien nous en communiquer la teneur.*"[787]

Nous avions déjà étudié ce point précédemment dans notre travail. On ne peut que rappeler que, effectivement, les propos du Dr Lafontaine laissaient

785 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, pp. 48 - 49.
786 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1925, pp. 376 - 377.
787 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 49.

supposer que la fonctionnarisation, d'une partie - au moins - du corps médical, semblait inévitable dans le secteur hospitalier, vues les nouvelles contraintes résultant du projet de loi sur les assurances sociales. Par ailleurs, et comme le souligne le Dr Duby, le Dr Lafontaine n'évoquait, dans son article, aucune discussion avec le corps médical hospitalier.

7.5.2.3. L'Union trop conciliante vis-à-vis des assurances sociales

L'orateur poursuit, par un article critique intitulé "*Les variations des thèses unionistes*"[788], dans lequel il reproche essentiellement à l'Union, en la personne du Dr Lafontaine, une attitude trop conciliante vis-à-vis des assurances sociales, admettant une médecine "collectiviste" interposant un tiers (payant) entre le médecin et son patient :

> "*Depuis que la vanité du contrôle et les conséquences déplorables du tiers-payant éclatent à tous les yeux, les protagonistes de la "prise en charge" essayent de nous donner le change. Nous voyons Lafontaine mettre en pratique l'art de lâcher du lest pour éviter l'orage.*
>
> *Il nous dit en effet : "Supposez que vous ne vouliez pas reconnaître le tiers-payant, - c'est une attitude - vous ne pourrez pas y arriver que par le contrat collectif, qui seul vous donnera la certitude que ceux qui sont en face de vous n'auront pas traité avec d'autres médecins en dehors de vous." Oui, mais Lafontaine écrit d'autre part :*
>
> *"Il est impossible qu'une collectivité se place entre le malade et vous, sans qu'elle vous demande un système de contrôle et une organisation." Et plus loin :*
>
> *"Je suis sûr que, lorsque vous serez en face de la réalité, sur 100 syndicats, il y en aura 95 qui traiteront avec tiers-payant."*
>
> *Enfin, il a proclamé dans l'ordre du jour voté à son instigation en 1923, que le contrat collectif sans tiers-payant était subordonné à la possibilité de dresser un catalogue des risques assurés. Or, il a été vite reconnu que ledit catalogue était un simple non-sens. Donc, en fin de compte, quand Lafontaine parle maintenant de contrat collectif sans tiers-payant, au fond de sa pensée il n'y croit pas, il le considère comme impraticable dans le domaine de l'assurance sociale.*"[789]

Ainsi, selon le Dr Duby, René Lafontaine ne distingue que trois modes d'organisation de la médecine : cadre patronal, cadre "fonctionnarial", cadre syndical. Le Dr Duby admettrait cette division si - selon lui - son auteur ne donnait pas à la troisième modalité la signification suivante : "*On traite avec la collectivité*

788 Ibid., pp. 50 - 51.
789 Idem.

technique pour établir avec elle les conditions de la production de la médecine à l'usage de la collectivité des malades."[790]

Pour lui, Lafontaine ne connaît que la médecine collectivisée et ignorerait la médecine familiale. Organisation de soins et contrôle, c'est-à-dire tiers payant, tel serait, selon le Dr Duby, le seul déterminant de sa doctrine. Le Dr Duby s'étonne ainsi, que pendant des années, des théories "*aussi chimériques et aussi pernicieuses*"[791] aient pu séduire le corps médical syndiqué.

Toujours selon le Dr Duby, le président de l'Union soutiendrait fermement l'entente directe tout en estimant que le tiers payant, bien que nuisible, serait inévitable. Il estime que, sous couvert d'une conciliation apparente, les dirigeants de l'Union persisteraient dans une doctrine favorable au tiers payant avec le syndicat comme "répartiteur financier". En guise d'illustration, le Dr Duby mentionne la circulaire 47 des statuts de l'Union : "*Je donnerai tout pouvoir au trésorier pour toucher en mon nom les honoraires qui me reviendraient pour ma participation aux services publics, quand il aura été décidé que ces honoraires seront perçus par le syndicats.*"[792] Il précise à ceux qui en douteraient que, selon lui, les assurances sociales entreront bien dans le cadre du service public.

Pour le Dr Duby, si les conditions économiques et politiques n'ont pas encore permis la réalisation des assurances sociales, celle-ci se fera ; c'est pour lui une certitude. Pour lui, il faut profiter du retard qui s'est produit pour exprimer nettement, pendant qu'il en est encore temps, la volonté de l'Union de préserver contre toute atteinte ce qui est pour lui les principes fondamentaux de la profession médicale : liberté de confiance, respect absolu du secret professionnel, paiement direct du médecin par le malade au tarif syndical. Pour finir, il en appelle aux syndicalistes de l'Union : "*Si vous ne voulez pas la ruine morale et matérielle, votez pour la liberté telle que nous l'avons définie, liberté qui respecte la possibilité du contrat collectif et même, en cas de nécessité reconnue par les syndicats, celle du tiers payant.*"[793]

Ce long plaidoyer contre le tiers payant absolu, qui résume parfaitement les craintes des syndicalistes au sujet des assurances sociales, amène essentiellement deux commentaires. Le premier concerne le lien que fait l'opposition entre tiers payant et contrat collectif. Selon le Dr Duby, reprenant les propos du Dr Lafontaine dont il pointe les contradictions, l'absence de tiers payant ne peut être garantie que par le contrat collectif, alors même que le contrat collectif sans tiers payant semble irréaliste, si l'on considère l'impossibilité à dresser une liste des risques assurés. S'il est vrai qu'un tel système de contrat collectif sans tiers payant puisse réserver certaines difficultés pratiques d'organisation (qui toutefois semblent avoir été surmontées dans le cadre des accidents du travail et de la loi des pensions, où les risques assurés ont été établis), le fond du problème semble se situer ailleurs,

790 Idem. Propos prêtés aux Dr Lafontaine par le Dr Duby.
791 Idem.
792 Ibid., p. 51.
793 Ibid., pp. 50 - 51.

toujours autour de la problématique du contrôle. Ce qui contrarie avant tout l'opposition, c'est que le contrat collectif en lui-même implique déjà un contrôle, ne serait-ce que par le syndicat, qui se voit encore renforcé en cas de tiers payant, justement par le contrôle du tiers. Un autre lien entre tiers payant et contrat collectif, est qu'ils symbolisent tous les deux le contrôle exercé sur le corps médical, disons même, en exagérant un peu, l'asservissement du corps médical par la collectivité. Cela amène au second commentaire : l'opposition reproche au Dr Lafontaine de défendre une médecine "collectiviste", et pire "de service public", opposée à l'ancienne médecine traditionnelle dite "familiale". Le nouvel exercice médical, imposé par les assurances sociales, rendrait le médecin dépendant des collectivités, au sommet desquelles se situe l'Etat. Cette nouvelle conception de la médecine, devenue "sociale", s'oppose à celle, traditionnellement "libérale", de la fameuse "clientèle ordinaire". Le médecin, jadis indépendant et autonome - du moins en dehors des associations professionnelles -, se trouve soumis à un contrôle, pourrait même devenir salarié, voire pire, fonctionnaire. Si la "majorité" comme l'opposition, se réclament les défenseurs de la médecine libérale, c'est la manière de la défendre qui diverge considérablement.

7.5.2.4. Du refus du contrôle au refus de contrat collectif

La critique suivante, adressée à l'Union par le Dr Duby et intitulée "*La dictature de l'Union*"[794], vient faire le lien entre le problème du contrôle, précédemment évoqué, et la "tyrannie syndicale" depuis longtemps mise en avant par l'opposition. Il ne semble pas utile de citer ce paragraphe intégralement. Le Dr Duby se contente d'une série d'exemples de situations où l'opposition estime que le vote de certains ordres du jour, concernant essentiellement le tiers payant et l'entente directe, comportait des irrégularités ayant fait échouer les projets de la minorité. Ainsi le "*dictateur*"[795] aurait tenté, à plusieurs reprises, d'empêcher l'opposition d'exprimer son opinion et son désaccord par rapport à la doctrine syndicale dominante. On rappellera, pour mémoire, que le contrôle syndical peut constituer un frein à la liberté du corps médical et des médecins, au même titre que celui des collectivités et de l'Etat.

Le Duby poursuit par une argumentation "*contre le contrat collectif stipulé dans la loi*"[796], question qui, de l'aveu du Dr Duby lui-même, suscite des divisions au sein même de l'opposition. Selon lui, si la question du tiers payant est, pour ainsi dire, réglée d'avance, une autre serait beaucoup plus controversée : le corps médical doit-il accepter le contrat collectif obligatoire et généralisé, spécifiquement

794 Ibid., p. 51 - 52.
795 Ibid., p. 51.
796 Idem.

stipulé dans la loi ? Pour lui la question est plus délicate, parce qu'un certain nombre de partisans de l'entente directe seraient assez portés à répondre par l'affirmative.

Pour le Dr Duby, le contrat collectif aurait, dans la bouche du Dr Lafontaine, toujours impliqué le tiers payant. C'est ainsi qu'il cite des propos attribués à l'ancien secrétaire général de l'Union : "*Il est impossible qu'une collectivité se place entre le malade et vous, sans qu'elle vous demande un système de contrôle et une organisation.*"[797] Et Dr Duby de rappeler ce qu'impliquerait l'organisation de soins et le contrôle pour les syndicats : "*Messieurs, vous savez ce que c'est : c'est l'article 64 [de la loi des Pensions, NDLR], c'est le tiers payant.*"[798] Le Dr Duby avertit ses confrères : s'ils acceptent le contrat collectif stipulé dans la loi, il seront conduits dans presque tous les cas au tiers payant. Ceci serait, selon lui, l'hypothèse la plus favorable, celle où le législateur décréterait effectivement le contrat collectif obligatoire, avec possibilité de paiement direct par le malade. En réalité, il estime que la chose est peu probable, car il pense, tout comme le Dr Lafontaine, qu'un tel contrat exige le tiers payant.

Mais, pour certains, le contrat collectif contiendrait toutes les valeurs du syndicalisme. Tel n'est pas l'avis du Dr Duby, suivi par l'opposition. Le fond du syndicalisme, selon lui, serait le pacte syndical, qui ne serait pas un contrat collectif, mais une convention entre individus. Le contrat collectif ne serait donc qu'un instrument, qui, d'ailleurs, peut être fort utile et dont il ne faudrait pas se priver. Le Dr Duby, se présentant comme un des chefs de file de l'opposition, affirme que celle-ci ne serait pas hostile à l'idée de certains accords ou conventions de portées limitées entre syndicats et collectivités, accords qui, d'ailleurs, doivent tendre à faire respecter l'indépendance du médecin. De telles conventions, le Rhône en aurait conclues, le Nord aussi, et lorsqu'il le faudra, au gré des circonstances locales, le Dr Duby estime que d'autres le feront. Mais il conjure ses confrères de ne pas faire de cette contingence une nécessité, car il estime que si le corps médical demande le contrat collectif obligatoire et généralisé, ce n'est pas la formule seule qui sera obligatoire, mais aussi son contenu. Et ce contenu, selon lui, en raison de l'idéologie du Dr Lafontaine qui aurait profondément influencé l'Union, c'est le tiers payant.

Si le Dr Duby relie contrat collectif et tiers payant, ce n'est pas que pour les raisons précédemment évoquées, à savoir le contrôle qui en est le dénominateur commun et l'impossibilité pratique d'établir des contrats collectifs sans tiers payant, mais aussi parce qu'il est persuadé - à tord ou à raison - que le Dr Lafontaine est favorable, par conviction, au tiers payant, qu'il tenterait d'imposer par le contrat collectif. Cela laisse à penser que, derrière le conflit idéologique, se cache peut-être un conflit de personne, voire d'intérêts. Mais cela ne réduit pas l'importance de la problématique du contrôle : le contrat collectif, s'il était obligatoire, serait lui-même une forme de contrôle ; nous l'avons dit, contrôle du collectif (le syndicat) sur

797 Idem.
798 Idem.

l'individu (le médecin). Le Dr Duby poursuit, expliquant pourquoi le contrat collectif n'est pas indispensable :

"*On nous dit encore : "Votre hostilité au contrat collectif est une attitude antisyndicaliste, car, s'il n'est pas inscrit dans la loi, c'est l'impossibilité pour les syndicats de se défendre contre les médecins qui se feront les salariés des caisses." A quoi je réponds que le danger objecté est purement imaginaire. Il serait réel s'il s'agissait d'une petite organisation locale, qui pourrait drainer sur tout le territoire quelques médecins besogneux. Mais lorsqu'il est question d'une organisation formidable, étendue à toute la France, et intéressant 50 à 70 % de la population, il est clair, limpide, incontestable, qu'elle aura besoin pour fonctionner du concours de la masse des médecins. Et il est parfaitement illusoire de craindre que le service puisse en être assuré par les isolés de la profession, même s'ils se groupent en syndicats marrons. Ceci pour le coté du médecin.*

Bien plus important est le côté des malades. Croyez-vous sérieusement, Messieurs, qu'au point de civilisation où il en est, le Français moyen accepte de se plier, si peu que ce soit, à un type de médecine militaire sans libre choix ? Car, enfin, c'est l'hypothèse même où se placent nos contradicteurs, celle d'une assurance maladie faite sans le corps médical ou contre lui, au moyen d'un recrutement de médecins salariés. Eh bien ! Messieurs, j'affirme sans crainte de me tromper que ce danger n'existe pas. Jamais le Français qui a goûté, depuis toujours, du libre choix, qui a vu à la caserne ce que c'est que l'absence de libre choix, jamais ce Français-là, n'acceptera le médecin imposé par la caisse. Et l'expérience est là, qui le prouve. Les employés des chemins de fer, et beaucoup d'autres, vont bien chez le médecin officiel, pour avoir leur congé de maladie, mais ils se font, en très grande majorité, soigner à leurs frais par le médecin de leur choix.

Donc, ne nous laissons pas terroriser par le spectre des caisses, toutes puissantes, nous réduisant à merci, si nous n'avons pas de contrat collectif obligatoire pour nous défendre. [...]"[799]

Le Dr Duby affirme donc que les revendications du corps médical seront satisfaites même sans contrat collectif, notamment en ce qui concerne le refus du salariat par les caisses et le libre choix. D'une part, pour lui, les "médecins marrons" sont en nombre suffisamment faible pour ne pas faire craindre le salariat imposé au corps médical. D'autre part, il est persuadé que seul le libre choix est à même de satisfaire les demandes des patients et s'imposera donc de lui-même. Nul n'est besoin du contrat collectif, rappelons le encore une fois, source de contrôle.

799 Ibid., p. 52.

7.5.2.5. La remise en cause du lien singulier entre le médecin et le patient

Enfin, l'opposition termine en rétablissant certaines définitions, notamment celle de l'entente directe, dans un dernier paragraphe intitulé "*Contre les "équivoques"* "[800]. Nul besoin de citer intégralement les propos du Dr Duby qui sur ce point précise que cette expression ne désigne pas l'entente entre les médecins et les caisses, mais bien celle entre le médecin et le patient, ajoutant qu'elle est presque synonyme de "paiement direct"[801]. Il aborde ensuite le secret professionnel, non pas tant dans sa définition que dans son étendue, qui selon lui, ne peut pas être totalement respecté dans le cadre proposé par les projets de loi successifs sur les assurances sociales :

> "*Eh bien, Messieurs, retenez bien ceci : les conclusions présentées par Lafontaine à l'Assemblée générale de 1923, proposaient deux systèmes de collaboration à l'assurance :*
>
> *"1° Contrat collectif avec organisation de soins et contrôle, c'est-à-dire, avec tiers-payant.*
>
> *2° Contrat collectif avec entente directe et catalogue des maladies."*
>
> *Mais Lafontaine ajoutait cette remarque capitale :*
>
> *"Dans les deux systèmes, le secret professionnel ne peut être intégralement conservé."*
>
> *Et il avait raison. Ce qui ne l'empêchera pas d'accepter, pour obtenir un vote favorable, la modification suivante : "Dans les deux systèmes le secret professionnel doit être intégralement conservé."*
>
> *Du coup, c'était les deux systèmes par terre. Mais peu importe, le grand principe du contrat collectif était sauf. Et puis, tout s'arrange ; les Assemblées votent, et, ensuite, on se débrouille.*
>
> *Après tout, de quoi s'agit-il ? Tout simplement d'entretenir l'équivoque pour franchir le cap de la promulgation de la loi et mettre le corps médical devant le fait accompli.*"[802]

En somme le Dr Duby accuse son confère René Lafontaine de manipuler le corps médical, en ménageant à dessein le flou dans les termes, afin de faire voter des ordres du jour qu'il soutient mais auxquels lui-même ne croit pas. Ainsi, il reproche à son adversaire une politique de compromis, voire de confusion, non pas seulement en dehors du corps médical, dans les débats avec les collectivités ou le gouvernement, mais également au sein même du syndicalisme médical. Enfin, pour l'opposition, accepter le contrat collectif, c'est renier l'entente directe et le secret professionnel, qui pour elle sont les fondements de l'exercice médical, nous ajouterons "libéral" :

---

800 Idem.
801 Ibid., pp. 52 - 53.
802 Ibid., p. 53.

"*Messieurs, si vous votez, aujourd'hui, le contrat collectif obligatoire, inscrit dans la loi, il sera parfaitement vain de réclamer l'entente directe, parfaitement vain aussi de réclamer le maintien du secret professionnel. Lorsque les dirigeants de l'Union retourneront devant les commissions parlementaires, ils lâcheront carrément, comme cette année, ces deux conditions. Et ils nous diront ensuite :*

"Nous avons fait ce que nous avons pu, et ce n'est pas notre faute si vous nous avez donné un mandat contradictoire. Le contrat collectif obligatoire, vous l'avez. Mais lorsque les législateurs nous ont démontré qu'un tel contrat est inséparable du tiers-payant et de l'abandon du secret professionnel, nous avons été obligés de nous incliner, parce qu'en effet cela est vrai." "[803]

S'il est difficile de cerner précisément le fond de la pensée du Dr Lafontaine, comme de celle, d'ailleurs, du Dr Duby, force est de constater que le premier est dans la conciliation, quand l'opposition, elle, se trouve de plus en plus dans l'intransigeance. Par ailleurs, que reste-t-il finalement du contrat collectif, une fois que le Dr Duby lui à ôté tout intérêt dans la préservation des intérêts du corps médical ? Ne suggère-t-il pas, finalement, que ce contrat collectif puisse être une arme du pouvoir syndical, plutôt qu'un moyen de défense du corps médical ?

La volonté de préserver le secret professionnel et l'entente directe se trouve résumée dans ce que Patrick Hassenteufel appelle "*la préservation du caractère strictement individuel de la pratique*"[804], s'opposant à la vision d'une médecine plus socialisée incarnée par le Dr Lafontaine et l'Union[805].

7.6. Les conséquences de la scission

Si cet exposé peut sembler long, reconnaissons lui le mérite de détailler - pour ne pas dire éclaircir - l'idéologie de la dissidence vis-à-vis des assurances sociales et, par contraste et dans une moindre mesure, celle de l'Union. Quand la majorité défend le contrat collectif avec possibilité de tiers payant, bien que celui-ci ne soit pas souhaitable, l'opposition, elle, rejette fermement ces deux principes au nom de la liberté des médecins et de l'honneur du corps médical.

Il semble que les objectifs poursuivis soient semblables (défendre les intérêts des médecins dans le cadre d'un exercice libéral), mais que les moyens mis en oeuvre pour y aboutir divergent sensiblement. Cela fait dire à certains syndicalistes de l'Union : "*On pourrait presque conclure que la scission apparaît comme sans objet. De là à déclarer qu'elle est la conséquence d'un mouvement d'humeur et*

803 Idem.

804 Hassenteufel, Patrick, 2008, op. cit., pp. 21 - 28.

805 Voir également : Frères, Robinson ; Rossignol, Louis, 2013, op. cit., p. 8. Nous disons "incarnée" et non pas "défendue" car il semble parfois que la coopération aux assurances sociales face l'objet d'une certaine résignation de la part du Dr Lafontaine.

d'amour-propre blessé chez les chefs de la minorité, il n'y a qu'un pas."[806] Mais, en suggérant que la scission puisse être le fruit de divisions d'avantage attachées à la forme qu'au fond, l'Union tente peut-être simplement ici de préserver - au moins en apparence - un semblant de cohésion.

Toujours est-il qu'en officialisant cette division, cela risque de fragiliser le syndicalisme médical en dispersant ses forces et en réduisant son contre-pouvoir face aux collectivités et à l'Etat. Le Dr Chauveau, Président du groupe parlementaire, ne manquera d'ailleurs pas d'être mis au courant de la situation par le secrétaire général de l'Union lui-même : "*Il [le secréataire général de l'Union, NDLR] lui a transmis les ordres du jour Gaussel et Desrousseaux, et lui a fait connaître le chiffre des voix recueillies par chacun de ces ordres du jour et les diverses opinions qui s'étaient exprimées au cours de l'Assemblée générale au sujet des Assurances sociales.*"[807] Et la conséquence ne se serait, selon certains syndicalistes, pas fait attendre. Quelques jours après l'assemblée générale de 1925, le secrétaire général expose le compte-rendu d'une entrevue avec le Dr Chauveau, au cours de laquelle ce dernier indique une dernière modification du projet de loi : "*les Caisses peuvent passer, soit un contrat collectif avec tous les praticiens et pharmaciens appartenant à des groupements professionnels, soit des contrats individuels avec ceux qui, ayant adhéré aux conditions fixées, ne sont pas exclus pour motifs graves et légitimes.*"[808] On peut donc penser que la scission a pu influencer le projet de loi en rendant possible les contrats individuels, contre lesquels l'Union s'était toujours battue dans sa chasse aux "médecins marrons". Les politiques semblent donc profiter de la scission pour faire signer des contrats collectifs de façon individuelle même si des syndicats ne les ont pas signés. Et c'est sans compter deux évènements, venant encore compliquer la tâche des syndicats. D'une part, certains groupements industriels concluraient des accords avec des syndicats médicaux afin de maintenir des régimes spéciaux en vertu de l'article 49 du projet de loi et d'échapper au cadre général de la loi[809]. D'autre part, et dans un autre domaine, celui des accidents du travail, un nouveau projet aurait pour objectif d'étendre la loi à tous les salariés, et "pire" pour les syndicats médicaux, de réduire la charge de responsabilité (notamment financière) des ouvriers, ce qui pourrait avoir des conséquences sur la très sensible question des tarifs[810]. Et le Dr Batier d'interpeller le syndicalisme sur les conséquences de la scission :

> "*J'ai rencontré, l'été dernier, un des rédacteurs du projet de loi que je connais. Je voudrais vous rapporter un point de la conversation - toute privée que j'ai eue avec lui. Je voudrais le rapporter sinon dans les termes exacts (je ne les ai pas à la mémoire) du moins quant aux idées. Je lui laissait entendre*

806 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 59.
807 Ibid., p. 75.
808 Ibid., p. 75. L'Union cite le projet de loi.
809 Ibid., p. 76. Rapporté par le Dr Clavelier.
810 Ibid., p. 76. Rapproté par le Dr Quivy.

que le Corps médical, dans son ensemble craignait beaucoup certains articles du projet. A quoi, il me fut répondu : "Oh ! le Corps médical, ça ne compte pas : les uns disent blanc, les autres noir. On les renvoie dos à dos et l'on fait la loi sans eux." "[811]

Par ailleurs, la scission sonne également comme un refus de collaborer à une loi ressentie comme trop sociale par opposition à l'idéologie libérale prônée par la majorité des médecins. La coopération du corps médical étant indispensable au bon fonctionnement de la loi, cela remet profondément en cause le principe même des assurances sociales. Pour certains auteurs, tels que Julien Amar, dans sa thèse sur l'état des lieux du tiers payant en France, cette identité libérale incarnée par l'entente directe irait jusqu'à "*vider de sa substance l'idée même d'un système d'assurance maladie*"[812].

Cela ne manquera pas d'être perçu par l'opinion publique, fragilisant l'image du corps médical dans la société, celui-ci pouvant donner l'impression - à tord ou à raison - de défendre des intérêts corporatistes au détriment des patients. La préservation de l'identité libérale de la profession n'en sera rendue que plus difficile, bien que les syndicats communiquent abondamment avec la population au travers de tracts mettant en garde sur les méfaits des assurances sociales sur le prise en charge des patients. Ainsi, comme le rappelle Patrick Hassenteufel, "*peu de professions suscitent autant que la profession médicale à la fois la fascination et le rejet*"[813], peut-être en raison d'un pouvoir parfois perçu comme trop grand, notamment par les malades au sein d'une relation médecin-patient inévitablement déséquilibrée.

Finalement, au lendemain de cette scission, les principaux syndicats ayant rejoint la dissidence sont les suivants : la Fédération du Nord, le Syndicat du Rhône, le syndicat de Bourg-Trévoux, le syndicat du Maine-et-Loire et le syndicat de Lorient. Mais les syndicats restant fidèles à l'Union ne vont pas pour autant témoigner d'une plus grande cohésion. En effet, il semble que la scission ait donné un élan d'indépendance à certains d'entre eux, comme en témoigne *Le Médecin Syndicaliste* : chacun y va de son opinion et de sa conception des assurances sociales, surtout en ce qui concerne les tarifs, le tiers payant et les contrats collectifs. Il en résulte une sorte de brouhaha général au sein de l'Union qui s'engage dans des discussions sans fins et sans vraies lignes directrices. On remarquera d'ailleurs, en mettant en parallèle les quelques syndicats ayant officiellement rejoint la dissidence avec les 5 207 votants de l'ordre du jour Desrousseaux, que certains syndicats de l'opposition restent inévitablement

811 Ibid., p. 83. La véracité de tels propos est, bien sûr, invérifiable.
812 Amar, Julien, *Tiers payant : état des lieux sur son application et avis sur sa généralisation*, thèse pour le diplôme de docteur en médecine, Strasbourg : 2014, p. 120.
813 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 5.

membres de l'Union. Enfin, la scission semble toute relative dans la mesure où, au vu des articles du *Médecin Syndicaliste*, beaucoup de syndicats ayant quitté l'Union continuent à mandater certains de leurs membres pour participer aux discussions et assemblées de l'USMF.

7.7. La création de la Fédération

En réalité, au lendemain de la scission, deux nouvelles entités vont se créer en plus de l'USMF : la Fédération des Médecins de France (FMF, souvent abrégée par "Fédération") et le "Groupement des Syndicats généraux de médecin spécialisés". Le premier est nettement majoritaire par rapport au second, dont il est peu fait mention dans les écrits de l'USMF ou dans les ouvrages sur les assurances sociales et le syndicalisme médical. C'est encore avec la Fédération que l'Union interagit de façon très majoritaire et c'est donc elle, parmi les syndicats dissidents, qui influencera de façon décisive l'évolution de la loi sur les assurances sociales. Pour toutes ces raisons, nous nous limiterons à étudier la création de la Fédération.

7.7.1. Une situation floue au lendemain de la scission

Malgré la scission intervenue lors de l'assemblée générale de l'USMF de décembre 1925, la situation reste confuse en ce qui concerne la situation précise de l'Union et de la dissidence. Au vu des informations que nous donne les archives de l'USMF, la scission n'est que relative : certains syndicats ont quitté l'Union et rompu presque tout contact avec elle, d'autres l'ont quitté mais semblent encore intervenir lors des assemblées générales, d'autres encore demeurent membres de l'Union bien qu'ils soient opposés à son idéologie.

Certains syndicalistes, comme le Dr Prallet, estiment que la situation mériterait d'être éclaircie : "*J'aurais désiré, et mon syndicat m'en avait donné mandat, que deux camps fussent nettement séparés : les partisans des assurances sociales, et les adversaires des assurances sociales. Rien n'est plus mauvais que ces ordres du jour à l'eau de rose que vous avez votés. J'aurais préféré que les deux partis prennent nettement position…*"[814] Mais il semble oublié que la question ne se pose pas uniquement en termes d'adhésion ou d'opposition aux assurances sociales, mais aussi en terme de modalités de coopération aux assurances, rendant la situation autrement plus complexe que celle qu'il présente ici. Le syndicalisme semble toujours devoir se construire par les compromis, cela parait plus que jamais inéluctable.

814 USMF, Le Médecin Syndicaliste, 1926, p. 145.

7.7.2. La création de la “Fédération”

C’est pour répondre à cette problématique que certains syndicats de l’opposition vont se regrouper et créer la “Fédération nationale des Syndicats médicaux de France” (souvent appelée “Fédération”) suivant une doctrine que certains qualifient de “néo-syndicaliste”[815]. Début 1926, la Fédération compterait 2457 dissidents regroupés en 28 syndicats, alors que l’Union compterait 13 645 membres répartis en 259 syndicats[816].

La réponse du Dr Joubert, membre de l’Union, ne sera pas de nature à apaiser les conflits, celui-ci usant de la plus cinglante moquerie à l’égard de la Fédération comme de l’Union, faisant l’analogie avec le *Livre de la Jungle* et comparant les syndicalistes à des singes :

> “*Une nouvelle religion nous est née ; je ne dis pas celle de Notre-Dame-des-Pleurs, mais le Néo-Syndicalisme. (Puisse toutefois LENGLET n’être bombonisé) ! CRUCHET*[817]*-Saint-Jean en fut le précurseur ; le prophète aussi, mais peu clairvoyant, puisque la crainte d’une scission n’était, selon lui, qu’épouventail à moineaux créé par le bureau de l’Union, qui s’en donnait de vaines terreurs.*
>
> *“Le syndicalisme militant a vécu”, vaticinait-il : “le néo-syndicalisme paraît à l’horizon ; nous lui apportons notre enthousiasme et notre bonne volonté.”*
>
> *C’est ce qu’il lui apportait alors de plus solide. Il ne rendait même pas à ce soleil levant le service d’en donner une définition, dont il avait, dont il a sans doute encore grand besoin. [...]*
>
> *La discipline syndicale est librement consentie sous peine de ne pas être ; mais les syndicats sont autonomes, et l’indépendance du médecin, ayant toujours frisée d’indiscipline, ne veut rien consentir. Si l’on pouvait appliquer des sanctions, alors nous obéirions [...]. Mais on n’a pas de sanctions qui vaillent la peine d’en parler. Ergo, que chacun en fasse à sa tête ; les décisions de l’Assemblée générale ne sont que fadaises ; les circulaires de l’Union un prétexte à rire à gorge déployée ; et LENGLET “Pisse vinaigre” n’ayant rien, absolument rien à sa disposition pour les faire respecter. LENGLET n’est qu’un fantoche. [...]*
>
> *Est-il bien nécessaire de créer un néologisme pour une vieillerie que depuis des siècles on connaît sous le nom d’anarchie ? S’il en fallait un à tout prix, j’eusse préféré celui de BANDAR-LOGISME, en souvenir des Bandar-*

815 Ibid., p. 149.
816 Ibid., p. 146. Les chiffres sont issus de l’USMF, ils doivent donc être nettement relativisés.
817 Le Pr Cruchet est un des dirigeants de la Fédération.

Log, le peuple singe, sans maîtres ni lois, dont KIPLING a chanté les discours et les gestes."[818]

Certains en viendraient-ils à perdre fois dans le syndicalisme en général ? Doit-on y voir la résurgence de l'ancien complexe qui assimilait le syndicalisme médical au syndicalisme ouvrier ? C'est ce que soulignera le Dr Lafontaine *a posteriori* en 1927 : "*Vis-à-vis de la dissidence actuelle, pas d'hésitation possible et pas de front unique, parce que les dissidents ne sont pas syndicalistes : ils l'avouent, ils le crient de toutes leurs forces. Il n'y a pas un des numéros de leur Bulletin où ils n'exposent que notre syndicalisme c'est un syndicalisme de travailleurs, un syndicalisme de terrassiers.*"[819] Il en va de même pour le Dr Sorel : "*Ces confrères [de la dissidence, NDLR], semble-t-il, acceptent difficilement d'appliquer une doctrine qui leur paraît peu en rapport avec leur situation de membre de l'élite.*"[820]

Ainsi, selon les Drs Lafontaine et Sorel, le syndicalisme ne serait pas fait pour certains médecins, individualistes (d'autres l'avaient déjà dit) et obnubilés par leur indépendance, leur liberté, en somme leur pouvoir individuel. Il semble ici nécessaire de faire un bref détour sociologique par l'identité de la profession médicale et plus généralement par celle des professions indépendants. Selon une étude de l'INSERM publiée en 2011[821], les indépendants (dont les médecins) auraient de tout temps développé une culture propre, structurée autour de trois grandes dimensions[822] : la non subordination et l'autonomie, la volonté de conserver une relation de proportionnalité entre la quantité de travail ou les résultats et le niveau de rémunération, et la responsabilité financière.

Aux yeux d'un nombre croissant de syndicalistes, ces principes ne seraient plus garantis par le syndicalisme médical représenté jusque là par l'Union. Le premier principe serait remis en cause par la "tyrannie syndicale" dénoncée par certains médecins, le second par le risque de rémunération au forfait et le troisième par le tiers payant.

Cela nous amène à l'hypothèse du Dr Jayle, semblant confirmer la théorie précédente, selon laquelle les assurances sociales auraient provoqué une crise de confiance envers le syndicalisme médical : "*Ce qui a rendu la scission possible c'est moins un conflit d'idées qu'une crise de confiance. Certains chefs de l'opposition ont manié la calomnie et l'injure avec une telle insistance qu'ils ont fini par ébranler la foi de leur entourage dans la probité morale des "dirigeants" de l'Union.*"[823] Il serait bien sûr illusoire de vouloir analyser, pour ne pas dire juger, la "probité morale des dirigeants de l'Union" sur la seule base des archives syndicales. Mais on ne peut

818 Ibid., pp. 150 - 151.
819 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, p. 106.
820 Ibid., p. 136.
821 INSERM, *Ébauche d'une sociologie des travailleurs indépendants*, in *Stress au travail et santé : Situation chez les indépendants*, Paris, 2011, 19 p.
822 Ibid., p. 13.
823 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 187.

que se questionner devant cette affirmation du Dr Jayle et soulever l'hypothèse que, peut-être, c'est moins un conflit idéologique au sujet de l'entente directe que la capacité pratique de l'Union à la faire respecter, qui a favorisé la scission.

C'est dans ce contexte que l'opposition va peu à peu s'organiser et fonder en 1926 la "Fédération nationale", dont le secrétaire général est le Dr Vauzanges, regroupant la majorité des syndicats dissidents. De plus, de nouveaux syndicats ne cessent de quitter l'Union. Le 2 mai 1926, peu après la création de la Fédération, le Dr Lenglet comptabilise 3207 dissidents et 11760 médecins syndiqués demeurant fidèles à l'Union[824].

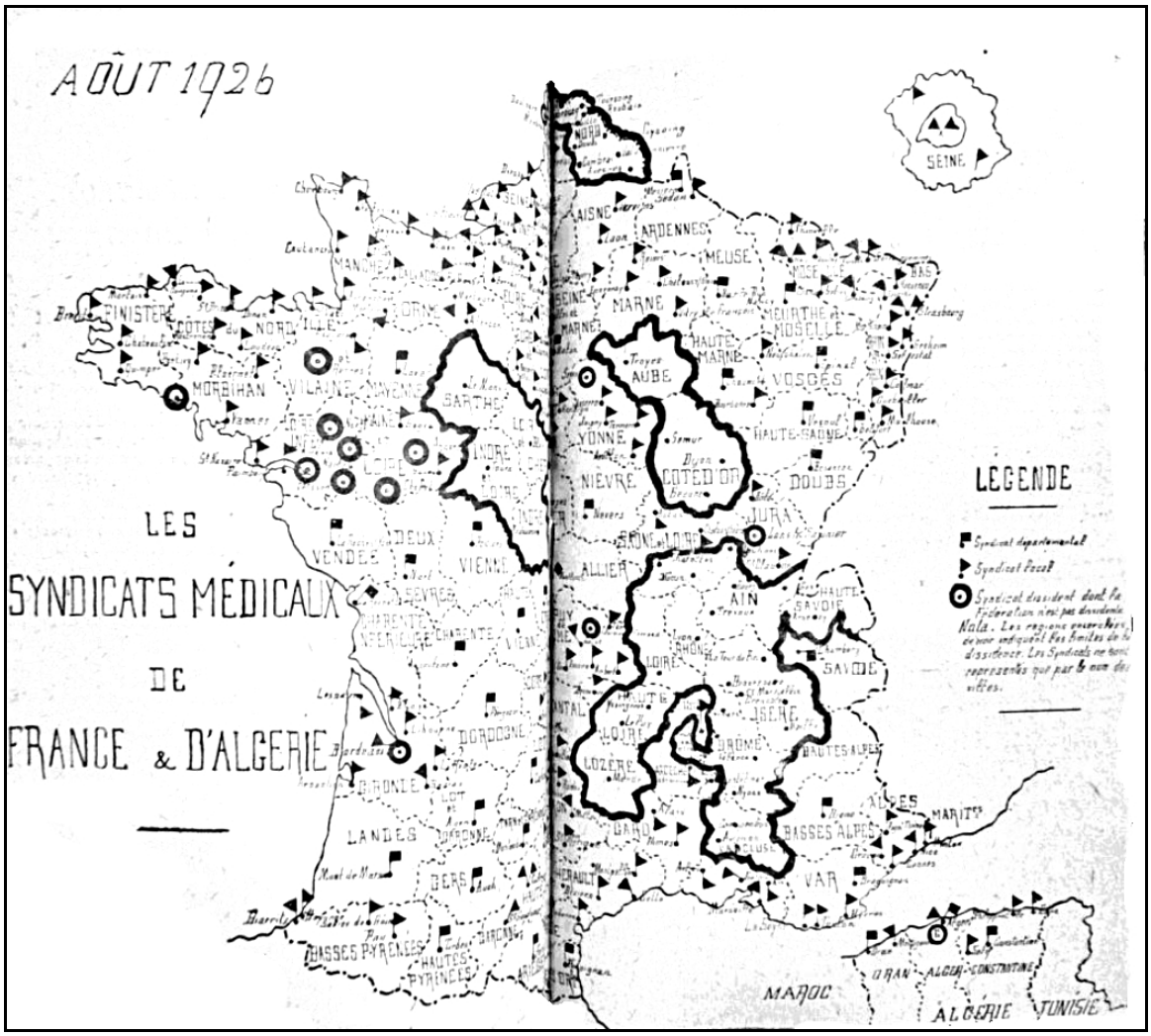


Fig. 3. - *Carte de la dissidence*[825] *en 1926*[826]

824 Ibid., p. 353. Chiffres fournis par l'Union.
825 Départements et villes entourés d'un trait noir épais.
826 Ibid., pp. 503 - 504.

A cette date, l'Union publie dans *Le Médecin Syndicaliste*, une carte de la dissidence (ci-dessus). On y remarque que les principales régions et villes ayant rejoint la dissidence ont le point commun d'être particulièrement industrialisées. En effet, c'est dans ces zones que les difficultés sociales de la classe ouvrière se font sans doute le plus ressentir et donc qu'une médecine "collectiviste" et contrôlée dans le cadre des assurances sociales est le plus susceptible de se développer. Il n'est ainsi pas étonnant de voir les médecins de ces régions s'opposer à la ligne de conduite des dirigeants de l'Union et au tiers payant.

Mais si le départ de l'Union de quelques syndicats dissidents ne représentait pas un danger majeur pour l'USMF, l'organisation de cette dissidence en une Fédération, donc en union nationale, est bien plus problématique. En effet, si la loi ne donne pas un grand pouvoir aux syndicats individuellement, elle en donne par contre aux "unions nationales", ce qui implique pour l'Union de devoir partager l'organisation des assurances sociales avec la Fédération. Inutile de dire combien cela pourrait compromettre le combat mené par l'Union, d'autant qu'en l'absence d'entente possible entre elle et la Fédération, le législateur pourrait être tenté de réduire les libertés du corps médical en tranchant certains points litigieux dans la loi.

Pour certains syndicalistes, principalement au sein de l'Union, il faut donc à tout prix tenter une réconciliation entre l'Union et la Fédération, sous peine de voir les revendications du corps médical réduites à néant, et ce quelque soit ses tendances idéologiques. Il semble toutefois évident que cette situation puisse nuire d'avantage à l'Union qu'à la Fédération, la première souhaitant bien d'avantage coopérer aux assurances sociales que la seconde. C'est la raison pour laquelle, l'Union va, à partir de là, tout tenter pour restaurer l'unité du syndicalisme médical.

Chapitre 8. - Les relations entre l'Union et la Fédération et l'évolution des revendications syndicales

Ici encore, les écrits manquent pour mettre en perspective les archives de l'Union. Des auteurs tels que Patrick Hassenteufel, ou encore George Battesti[827] dans sa thèse, ont analysé la scission de 1926 sans poursuivre leur étude en ce qui concerne les relations entre l'Union et la Fédération nouvellement créée.

Par ailleurs, la localisation des archives de la Fédération, si elles existent encore, ne nous est pas connue. Le bureau de la CSMF, actuel détenteur des archives de l'Union, n'a pas été en mesure de nous renseigner sur ce point. Peut-être n'y a-t-il tout simplement pas d'archives de la Fédération, sa brève existence dans l'entre-deux-guerres ne lui ayant permis - semble-t-il - de publier que peu d'articles.

Ainsi les seuls écrits de la Fédération qui soient parvenus jusqu'à nous sont ceux retranscrits par l'USMF et il ne semble pas exister d'analyse indépendante. Cela pose, ici plus qu'ailleurs, un problème d'objectivité évident dont il faudra tenir compte lors de la lecture de ce chapitre.

8.1. L'échec partiel d'une première tentative de réconciliation

La première tentative de réconciliation entre l'Union et la Fédération émane de l'USMF, sous la forme d'un ordre du jour signé les Dr Lenglet, François et Jayle :

> " *"Conformément au désir de nombreux syndicats et à l'effet de reconstituer l'unité du Corps médical organisé, au sein de l'Union des Syndicats médicaux de France, le Conseil de l'Union élu par la majorité des médecins syndiqués, délègue :*
>
> *MM. Lenglet, Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France.*
> *Lefèvre, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux.*
> *Jayle, trésorier de l'Union des Syndicats médicaux.*
> *Crouzet, Humbel, Lafontaine, Longuet.*
>
> *pour entreprendre des pourparlers avec les représentants de la minorité des médecins syndiqués groupés en Fédération, à la fois sur le projet de loi des Assurances sociales, et sur les moyens de mettre fin à la scission, compte tenu des ordres du jour votés par les Assemblées générales de l'Union des Syndicats médicaux de France."*
>
> *Cet ordre du jour est adopté à l'unanimité, sans abstention."*[828]

Si cet ordre du jour est rejeté par la Fédération, cela ne constitue pas pour autant un échec complet, comme le soulignent les propos du Dr Bouvat de la

827 Battesti, George, *Historique du syndicalisme médical en France*, thèse, Paris, 1979, 83 p.
828 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, pp. 355 - 356.

Fédération : "*Nous ne demandons pas mieux que de causer avec vous au sujet des assurances sociales ; mais il est bien entendu que la question de la scission ne sera pas abordée par la Commission mixte [entre l'Union et la Fédération, NDLR].*"[829]

Il semble en effet, et bien que l'Union ne donne quasiment aucune information sur le sujet, qu'une commission mixte ait été créée entre l'Union et la Fédération, peut-être au décours de cet ordre du jour, afin de poursuivre certains objectifs communs. Cela est assurément un pas décisif dans le processus de réconciliation entre les deux entités syndicales.

Il est par ailleurs tout à fait intéressant de constater que le SMS (Syndicat des Médecins de la Seine), bien que régulièrement en désaccord avec l'Union dont il est toujours membre, milite ardemment pour la réconciliation du syndicalisme médical. On notera que le SMS avait à une seule reprise menacé de quitter l'Union, avant de se raviser rapidement suite à la création de la Fédération. Il est donc probable que cette prise de position pour la réunification du syndicalisme médical soit intéressée et bien éloignée de convictions idéologiques. Pour le Syndicat de la Seine, sans la réunification du syndicalisme médical, il ne semble pas y avoir de salut pour les médecins dans le domaine des assurances sociales.

8.2. Les débats syndicaux au sujet de la rémunération des médecins

Force est de constater que plus notre analyse avance, plus elle tend à donner raison à Henri Hatzfeld qui, dans son ouvrage de référence sur la protection sociale, affirmait que tout le problème de la coopération des médecins au système des assurances sociales pouvait se résumer à une problématique de rémunération[830]. En effet, il semble que bon nombre de problématiques annexes soient désormais sorties des débats pour leur permettre de se recentrer sur le tiers payant, l'entente directe et les tarifs.

8.2.3. La faisabilité de l'entente directe : la position de chaque camp

En cette année 1926, le principal point de discussion au sein de l'Union concerne donc le paiement des honoraires dans le cadre de "l'entente directe" :

> "*La loi d'assurance sociale vue selon les traditions anciennes de l'Union nécessite la collaboration de tous ceux qu'elle intéresse : administration de l'Etat, assurés et médecins.*
>
> *Le Corps médical, actuellement, paraît n'envisager qu'un point particulier de la loi : celui qui règle la question d'honoraires et que nous trouvons exprimés par certains Syndicats de la façon suivante :*

829 Ibid., p. 356.

830 Pour rappel, voir : Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 289.

"Pas de texte légal limitant la liberté des Syndicats de traiter avec les caisses."

pensée qu'a traduite la lettre adressée le 12 mars 1926 au rapporteur de la loi par le Conseil de l'Union, désireux d'obtenir toutes précisions tuiles pour les discussions ultérieures :

"Le contrat entre le Syndicat et la Caisse permettra-t-il le paiement direct du médecin par son malade sans tarif limitatif ; ou, autrement dit, le médecin concervera-t-il le droit de percevoir ses honoraires directement de l'assuré sans tenir compte des tarifs inscrits dans le contrat ?" "[831]

Mais force est de constater que de nombreux syndicalistes au sein de l'Union doutent de la faisabilité de cette "entente directe" et c'est sur ce point que se focalisent les divisions entre l'Union et la Fédération. C'est notamment le cas Dr Lafontaine : "*L'entente directe, même réduite aux honoraires est impossible avec le projet Chauveau. Il faut le dire, dire qu'elle est contraire à l'esprit du projet et, plus généralement contraire à l'esprit des assurances sociales. Le Conseil a fait les demandes nécessaires. Il a échoué.*"[832] Il ajoute que l'entente directe présente un risque de fonctionnarisaiton du corps médical : "*Dans quelques années, lorsque la dure loi de l'expérience aura porté ses fruits, l'Union se reformera autour de ceux qui auront su dénoncer l'entente directe, à la faveur de laquelle les Caisses auront fonctionnarisé à leur gré l'exercice de la profession.*"[833] En effet, étant donné que l'entente directe implique un contrat d'une portée limitée, voire l'absence de contrat, il sera d'autant plus facile pour les Caisses de salarier des médecins et d'en faire des fonctionnaires. En ce sens l'entente directe s'opposerait au contrat collectif. De plus, comme le souligne le Dr Jayle, les Caisses, tout comme les assurés, n'auront pas les ressources financières nécessaires pour payer les honoraires "habituels" aux médecins[834].

La Fédération, soutenue d'ailleurs par un certain nombre de membres de l'Union, s'acharne quant à elle à défendre l'entente directe et c'est principalement ce point de discorde qui a fait échouer la précédente tentative de réconciliation avec l'Union. Si l'on considère que les assurances sociales ont pour but de favoriser l'accès aux soins d'une catégorie sociale n'ayant habituellement que peu de ressources pour recourir aux soins médicaux, défendre l'entente directe reviendrait peut-être à refuser le principe des assurances sociales. Et c'est bien dans cette direction que semble se diriger la Fédération. Contrairement à l'Union, plus les années passent, moins la dissidence semble vouloir collaborer aux assurances sociales, en défendant une médecine "traditionnelle", basée sur la liberté totale du

831 Ibid., p. 358
832 Ibid., p. 360.
833 Idem.
834 Idem.

médecin, principalement en ce qui concerne les honoraires. Ainsi, en lien avec l'entente directe, la Fédération refuse tout tarif légalement imposé.

Mais, comme le souligne l'Union, le projet de loi implique un budget à l'équilibre : "*Pour le fonctionnement de cette vaste organisation, il est inconcevable que l'on ne prévoie pas un budget équilibré et par conséquent, qu'on ne prévoie pas des tarifs médicaux.*" Si la Fédération est clairement opposée à l'établissement de ces tarifs au nom de l'entente directe, il semble en être de même pour certains syndicats encore membres de l'Union. C'est ce que souligne la démission du Dr Lafontaine de la commission de propagande de l'Union, lassé des refus réitérés de certains membres de l'USMF d'établir des tarifs qui, selon lui, auraient amélioré la situation pécuniaire des médecins[835].

Le Dr Lenglet nous apporte une autre explication sur le refus des tarifs limitatifs : "*Cette possibilité [de percevoir des honoraires supérieurs à ceux prévus par les caisses, NDLR] est considérée par beaucoup de confrères comme un moyen de ne pas laisser les honoraires médicaux dépendre des possibilités financières des caisses.*"[836] C'est une question de liberté, bien sûr, mais, par ailleurs, de nombreux médecins doutent sérieusement de la capacité financière des caisses à pouvoir payer des tarifs suffisants, voire à pouvoir se conformer aux tarifs prévus par la loi. C'est ainsi que naîtra l'ordre du jour de l'Union suivant qui se rapproche en apparence de plus en plus de la position défendue par la Fédération :

> "*L'Assemblée Générale des Syndicats Médicaux de l'Union, réunie le 3 juillet 1926 proclame sa volonté de maintenir la médecine dans son cadre de profession libérale ;*
>
> *A) Affirme la volonté du Corps Médical syndiqué de refuser sa collaboration à la loi d'assurances sociales.*
>
> *1° Si celle-ci permet la possibilité d'un forfait quelconque pour le règlement des honoraires médicaux ;*
>
> *2° Si la loi ne laisse pas aux Syndicats qui le voudront la certitude de pouvoir :*
>
> *Soit passer avec les Caisses des contrats comportant un tarif non limitatif ;*
>
> *Soi passer avec celles-ci un contrat ne comportant aucun tarif, le taux des honoraires étant établi par entente directe entre le médecin et son malade.*"[837]

Suite à cet ordre du jour, laissant la possibilité d'une entente directe, la Fédération se montrera disposée à discuter avec l'Union, mais avec des conditions très strictes : la démission de certains dirigeants de l'Union et l'acceptation du

835 Ibid., p. 361.
836 Ibid., p. 370.
837 Ibid., p. 373.

programme de la Fédération[838]. L'Union prend note dans un premier temps, mais n'exprime aucun rejet de ces conditions[839]. Concernant la première condition, certains dirigeants de l'Union exprimeront, lors de l'assemblée générale de l'Union des 3 et 4 décembre 1926, la possibilité d'une démission si c'est le prix à payer pour réunifier le syndicalisme médical[840]. Il est notamment reproché au Secrétaire Général, Dr Lenglet, de ne pas avoir suffisamment lutté contre les tarifs. Et c'est dans ce sens que le SMS, bien que toujours fidèle à l'Union, prend un position de plus en plus radicale et affirme, par l'intermédiaire du Dr Le Fur, qu' "*il faut refuser de collaborer si l'entente directe n'est pas inscrite dans la loi et s'il existe une tarification quelconque*"[841], se rapprochant ainsi du programme de la Fédration. Et le Dr Cibrie du SMS renchérit, s'adressant aux dirigeants de l'Union : "*Vous êtes trop compromis avec les Pouvoirs publics, et vos idées ne sont pas celles du corps médical français. Et si vous ne faites pas le geste nécessaire de démission, je vous le dis en toute sincérité, la très grosse majorité des médecins syndiqués se refuseront à vous suivre.*"[842] Ainsi le Dr Cibrie tente de pousser l'Union à rejoindre la Fédération, et non l'inverse comme le souhaitent les syndicalistes qui dirigent alors l'Union. Peut-être le Dr Cibrie se voit-il déjà à la tête d'une nouvelle "Union" ayant repris le programme de la Fédération.

Toutefois, notre analyse des archives de l'USMF nous apprend que les propos du Dr Cibrie semblent excessifs. En effet, si le SMS refuse toute forme de tarification, la plupart des syndicats rattachés à l'Union sont surtout opposés au tarif limitatif, mais peut-être, il est vrai, d'avantage par défaut que par réelle conviction. En effet, il semble tout à fait irréaliste que les caisses remboursent des honoraires totalement libres, sans pouvoir établir un quelconque budget. Refuser tout tarif s'apparente donc à refuser l'assurance-maladie. Accepter les assurances sociales implique inévitablement des compromis et c'est pourquoi, pour certains syndicats, la position de l'Union reste encore la seule réaliste. Finalement, c'est Henri Hatzfeld qui résume le mieux les difficultés posées par la rémunération des médecins dans le cadre des assurances sociales :

> "*L'entente directe c'est-à-dire le droit pour le médecin de fixer à sa guise - selon sa conscience si l'on préfère cette formule - le montant des honoraires qu'il demande à ses clients - lesquels sont rarement tentés d'en discuter dans la situation où ils se trouvent. L'entente directe - dernier des quatre principes de la charte de la médecine libérale - est une forme particulière de contrat qui laisse à l'une des parties contractantes un pouvoir pratiquement discrétionnaire. Là gisait tout le problème. Il était évident que dans le cadre d'une quelconque assurance-maladie - socialisée ou non - l'assureur ne pouvait s'engager à prendre à sa charge ou à rembourser des*

838 Ibid., pp. 376 - 377.
839 Ibid., p. 377.
840 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, pp. 110 - 117.
841 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 391.
842 Ibid., p. 390.

frais médicaux déterminés en dehors de lui par la volonté du praticien. Il fallait que le contrat change de nature et que l'assureur y participe. Il convenait que le montant des honoraires soit fixé de telle sorte que les caisses sachent à quoi elle étaient engagées et que les assurés soient effectivement remboursés du montant de leurs frais - ou d'une part fixe de ce montant. Ceci revient à dire qu'il fallait que les médecins, au lieu de déterminer leurs honoraires avec l'accord de leurs clients, les déterminent de façon bien plus rigide avec l'accord des caisses de maladie - partenaires autrement moins souples. [...]"[843]

Si un processus de réconciliation semble donc en marche, force est de constater qu'il s'annonce difficile pour réunir le syndicalisme médical en un bloc solide, et qu'il risque paradoxalement que le dissoudre et le désagréger en de multiples fragments de moins en moins unis.

8.2.4. La rémunération des médecins comme déterminant central des débats

Mais pourquoi cette question des tarifs, qui depuis quelques années était en apparence passée au second plan, est-elle a présent remise en plein centre de vifs débats ? Le Dr Lafontaine, favorable aux tarifs limitatifs, nous apporte certains éléments de réponse :

"*... Les tarifs de pensions, qui sont des tarifs limitatifs, ont dans l'ensemble de la France fait augmenter les tarifs de la clientèle (Mouvements divers)... J'entendais vos protestations. Ce n'est pas exact seulement pour la campagne, mais pour certaines villes et peut-être pour Paris.*

… La loi d'assurances intéresse une catégorie considérable de citoyens et dans cette catégorie il y a des gens riches… Il n'y a pas l'ombre d'un doute. Il ne faut pas que nous fassions les frais de la loi ! Mais ceci permettrait de réclamer un tarif limitatif assez élevé…

… D'autre part, autre avantage, le tarif limitatif, fait en commun, solidarise tous les médecins… [...]

… Si l'on veut engager la bataille avec des chances de gagner, il faut que le terrain des tarifs apparaisse comme secondaire, il faut que vous disiez : D'abord ce que nous voulons, c'est que la médecine d'assurance sociale soit bonne, c'est que les assurés soient soignés non comme des pauvres de l'assistance, mais comme des malades de la clientèle.

… Le problème n'est pas au Parlement, il est ici et dans vos Syndicats. Avec une bonne loi et de mauvais syndicats vous ferez de la mauvaise

843 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., pp. 289 - 290.

besogne ; avec une mauvaise loi et de bons syndicats, vous ferez de la bonne besogne…"

Sans doute les débats ont-ils toujours été animés par ce déterminant qu'est la rémunération des médecins, mais le mettre trop en avant aurait placé le corps médical dans une situation moralement défavorable. Il aurait pu sembler, à tort ou à raison, que le corps médical faisait passer ses revenus avant la santé des futurs assurés. Cela donne finalement raison à Henri Hatzfeld lorsqu'il affirme que les autres revendications du corps médical (le secret professionnel, le libre choix du médecin par le malade, la liberté thérapeutique du praticien) n'étaient, en fait, pas en cause[844].

Toutefois certains médecins estiment, dans un élan moralisateur, que les honoraires ne sont que très peu de choses comparé à ce qu'apporte la médecine : "*La profession médicale est libérale parce qu'elle entretient, parce qu'en entretenant et restituant l'Energie-Vie, elle donne tout ce qui se peut donner et parce qu'en échange, toute relation établie, elle reçoit peu ou rien à peu près.*"[845] Mais la crise qui secoue le syndicalisme médical en cette année 1926, en ravivant certaines tensions, a peut-être fait ressurgir une problématique qu'il était plus stratégique de garder cachée jusque là.

Un autre facteur est que l'année 1926 voit échouer une nouvelle fois le syndicalisme médical sur la revalorisation des tarifs dans le cadre de la loi des pensions[846], ce qui ne manquera pas de rappeler aux médecins les anciens débats au sujet des tarifs de l'AMG et des accidents du travail, et notamment le tarif Dubief. Beaucoup de syndicalistes craignent que l'Union n'ait pas plus de succès dans le futur avec les revalorisations des tarifs dans le domaine des assurances sociales.

Finalement, il semble transparaître dans les propos du Dr Lafontaine, que la question de la rémunération des médecins soit de toute première importance pour consolider l'identité libérale de la profession.

En cette année 1926, ce qui freine la réunification du syndicalisme médical français n'est pas tant la nature des revendications que la méthode à adopter pour les faire valoir.

8.2. L'échec d'une seconde tentative de réconciliation

Lorsque la Commission de propagande de l'USMF se réunit en septembre 1926, la discussion porte quasi exclusivement sur la réunification du syndicalisme médical, afin de le renforcer suffisamment pour combattre l'Etat sur le terrain des assurances sociales.

---

844 Ibid., p. 289.
845 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 460. Passages soulignés par nous.
846 Ibid., p. 527 - 528.

Dès l'ouverture des débats, l'objectif est clairement affiché : représenter une part suffisante du corps médical et rétablir la discipline dans les rangs de l'Union : "*Lorsqu'il [le syndicat, NDLR] réunit moins des quatre cinquièmes, il est à considérer comme un Syndicat faible, incapable de poursuivre avec succès la réalisation de ses revendications. Plus important que le nombre est la discipline : les pires ennemis d'un Syndicat se trouvent parfois dans ses propres rangs.*"[847] Selon l'Union, ces deux impératifs avaient manqué en Alsace-Moselle pour défendre les revendications des médecins à l'époque de la mise en place de l'assurance-maladie-invalidité. Ainsi le Dr Muller, dans son article, dresse un tableau quasi apocalyptique de la situation en Alsace-Moselle avant la première guerre mondiale, qu'il brandit tel un avertissement envers le corps médical français. Les titres employés pour chaque partie de son article[848] suffisent à se faire une idée : "*Le régime du bon plaisir*", "*L'asservissement moral du médecin*", "*Misère et déchéance professionnelles*", "*La mauvaise médecine*". Pas de doute, il s'agit bien là de propagande.

Malgré d'intenses négociations avec la Fédération début 1927, l'Union doit une nouvelle fois faire le constat de son échec à réunifier le syndicalisme médical :

> "*L'Union des Syndicats médicaux, tout en restant le groupement le plus important des médecins français, n'est plus le seul à pouvoir présenter nos revendications. Ses efforts pour amener la Fédération à reconstituer l'unité syndicale ont été vains.*
>
> *Il serait puéril de nier le danger, et il ne faut pas douter une seule minute que les Pouvoirs publics, poussés plus ou moins ouvertement par les puissances financières, ne tentent de profiter largement de notre division. Le Corps médical pourra dès lors mesurer la faute que certains de ses membres lui ont fait commettre.*
>
> *Je souhaite vivement que cet appel au bon sens soit entendu.*
>
> *Puisse-t-il surtout ne pas se heurter à un mur d'indifférence sur lequel, je ne sais pourquoi, il me semble déjà voir se projeter une silhouette bien connue, rendue célèbre, au temps jadis, par notre admirable Beaumarchais.*"[849]
>
> L'article est signé "*LE VIEUX SYNDICALISTE.*"

Selon l'Union, il y aurait une volonté délibérée des pouvoirs publics et de certaines caisses de maintenir la division au sein du syndicalisme médical, ceci dans le but de créer des groupements de petite taille afin de négocier plus facilement des contrats favorables aux caisses : "*la création de petits Syndicats, provoquée localement par les Caisses, à l'effet de conclure avec elles, aux conditions fixées par elles.*"[850] Ainsi la division, au-delà d'un affaiblissement des unions nationales

847 Ibid. p. 511.
848 Ibid., pp. 511 - 514.
849 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, p. 16.
850 Ibid., p. 88.

devenues multiples, provoque un morcellement du syndicalisme médical qui rend les syndicats locaux particulièrement vulnérables. Il n'est pas inutile de rappeler ici que, dès lors que les médecins s'estiment mal représentés par leurs syndicats, il peut naître un élan d'individualisme fragilisant les groupements professionnels.

S'ajoute à cela la possibilité pour la Fédération de traiter avec les collectivités, les caisses et l'Etat, puisque la loi prévoit des négociations possibles avec tout groupement professionnel de médecins. C'est la raison pour laquelle, certains syndicalistes, dont le Dr Hartmann du S.M.S., demandent que la loi soit modifiée afin que les caisses ne puissent traiter qu'avec le syndicat (ou la fédération syndicale) regroupant la majorité des praticiens[851], donc, en 1926, l'Union.

8.3. La modification du projet de loi, la question des tarifs et les "suppléments d'honoraires"

Suite aux revendications du corps médical, notamment celles concernant les tarifs et les modalités de rémunération dévoilées essentiellement en 1926, le législateur propose certaines modifications au précédent projet, ces dernières allant dans le sens de l'Union. Ces changements ne concernant qu'un seul article, à savoir l'article 4, nous ne pouvons pas parler ici de nouveau projet de loi et nous ne détaillerons pas son contenu qui est par ailleurs identique à celui de décembre 1925.

Cette modification est apportée dans un contexte politique tumultueux marqué par la chute, en juillet 1926, d'Edouard Herriot, président de la Chambre des députés[852], et du "Cartel des Gauches"[853] favorable aux assurances sociales[854]. Il en résulte la constitution, par le Président de la République Gaston Doumergue, d'un gouvernement d'union nationale sous la direction de Raymond Poincaré, ancien président du conseil de 1922 à 1924[855]. Ce dernier, également ministre des finances de ce gouvernement, demandera plusieurs modifications du projet de loi d'assurances sociales à la commission sénatoriale, notamment sous la pression de la CGT qui s'éleva durant l'année 1926 contre les lenteurs du Sénat[856]. Si la CGT est nettement favorable au projet d'assurances sociales, ce n'est pas le cas de tous les syndicats ouvriers et notamment de la CGTU, opposée aux cotisations ouvrières, qui dénonce des "*assurances sociales escroquerie*"[857].

---

851 Ibid., p. 103.

852 Il occupe ce poste d'avril 1925 à juillet 1926. Il était précédemment, depuis juin 1924, président du Conseil des ministres.

853 Il s'agit d'une coalition électorale, constituée pour les élections législatives de 1924, comprenant les partis radical et radical-socialiste, la SFIO, le Parti républicain-socialiste ainsi que des radicaux et des socialistes indépendants.

854 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 251.

855 Ibid., p. 251.

856 Idem.

857 Ibid., p. 251 et 255.

L'article 4, qui jusque là ne précisait rien en matière de tarif de responsabilité des caisses, se veut désormais plus précis. Les paragraphes 3 et 4 permettent aux médecins, sous certaines conditions, de facturer des honoraires supérieurs aux tarifs fixés, le supplément d'honoraire étant à la charge des assurés.

Le paragraphe 4 de l'article précise notamment : "*Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementés d'après des conventions suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les Caisses et les Syndicats professionnels.*"[858] Cet article rendrait donc obligatoire l'établissement de tarifs dans le cadre de contrats collectifs, ce qui est loin de faire l'unanimité auprès des syndicalistes de l'Union, comme de la Fédération.

Face à cette restriction de la liberté individuelle du médecin, le Dr Lenglet commente, s'adressant aux syndicalistes de l'Union : "*Ce qui doit dominer dans le débat, c'est l'idée très nette que si nous allons répondre à des questions précises qui ont été posées par l'Assemblée générale, il y a au-dessus quelque chose en quoi se fond l'ensemble de ces questions ; retenez bien : c'est l'idée de la liberté contractuelle dans le contrat collectif, pour tous les syndicats et dans le cadre du code civil.*"[859] Cela montre tout de même la place déterminante que tient la liberté individuelle du médecin dans les débats sur les assurances sociales, et va aboutir à la rédaction d'un ordre du jour de l'Union indiquant le "*refus de collaborer si la loi ne laisse pas la possibilité de contrat ne comportant pas de tarifs*"[860] :

> "*L'Assemblée générale, après avoir affirmé de nouveau le principe général de la liberté de droit commun des Syndicats médicaux adhérents à l'Union, d'une part, de toute Collectivité intéressée, d'autre part, de contracter sans restriction dans les formes réglées par la loi du 25 mars 1919*[861]*.*
>
> *Considérant que les modalités contractuelles diverses proposées par les Syndicats adhérents à l'Union telles que :*
>
> *Tarif contractuel limitatif ;*
>
> *Tarif contractuel non limitatif ;*
>
> *Entente directe quant aux honoraires.*
>
> *Ont un lien commun qui est la liberté contractuelle des parties.*
>
> *Affirme que le Corps médical refusera sa collaboration à la loi si la liberté contractuelle, droit naturel des parties en présence, est violée par les dispositions préalables de cette loi.*"[862]

Cet ordre du jour, d'ailleurs fermement soutenu par les syndicalistes d'Alsace et de Moselle[863], est adopté à l'unanimité. Il permet également de comprendre ce

858 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, p. 99.
859 Ibid., p. 101.
860 Ibid., p. 102.
861 Loi sur les conventions collectives.
862 Ibid., p. 102.
863 Ibid., p. 141.

que le Dr Lenglet entendait par “liberté contractuelle dans le contrat collectif”, à savoir la liberté de pouvoir y faire figurer, comme modalité de règlement des honoraires, le tarif contractuel limitatif ou non, ou l’entente directe. Cette liberté concerne donc essentiellement le paiement des honoraires.

D’autre part, cela montre la volonté de certains syndicalistes, dont les Drs Lafontaine et Sorel, de ne pas faire systématiquement appel au législateur pour donner des garanties au corps médical :

> “*Le législateur ne vous donnera rien que ce que vous saurez acquérir.*
>
> *Qu’est-ce qui se passe quand vous avez devant vous les Mutualités ? Vous n’allez pas demander au législateur que la loi oblige les Mutualités à traiter avec vous. Vous vous tournez vers vos confrères, vous organisez l’action et vous posez vos conditions. Si vous êtes forts, vous avez la victoire. Si vous êtes faibles, vous êtes battus et l’organisation du service médical des Mutualités se fait contre vous…*
>
> *En matière d’assurance, dites au législateur que vous voulez la liberté de contrats ; et puis préparez un contrat ; et si vous êtes forts vous obtiendrez satisfaction. Si vous êtes faibles, vous n’obtiendrez rien…*”[864]

Le Dr Lafontaine exprime ici la volonté d’une partie du corps médical de garder son indépendance et donc sa liberté vis-à-vis du législateur qui ne semble donner des garanties que par la restriction. Il transparaît ici également la volonté de préserver l’honneur et le “prestige”[865] d’une médecine qui a la force de s’organiser seule, sans avoir recours à l’aide - peut-être parfois intéressée - de l’Etat.

Le paragraphe 5, lui, met en place l’équivalent d’un ticket modérateur :

> “*Leur montant [des tarifs, NDLR] est supporté ou remboursé par la Caisse au choix des intéressés. La participation de l’assuré aux frais médicaux en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus, est fixée par la Caisse entre 10 et 15 % et réalisée suivant le mode prévu au contrat. Le taux de participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 10 %. Le règlement général d’administration déterminera les conditions d’exécution des présentes dispositions.*”[866]

Le Dr Chauveau, rapporteur du projet de loi commente :

> “*Les représentants des Syndicats médicaux ont signalé avec insistance divers inconvénients qui résulteraient de l’adoption d’un tarif limitatif. En particulier celui-ci : l’assuré ne peut recourir qu’à un praticien de la liste ; s’il plaît à un malade de consulter un médecin de son choix, pourquoi l’en empêcher ?*
>
> *Il importe assurément de respecter, dans toute la mesure du possible, les conditions essentielles de la pratique médicale traditionnelle et de donner*

---

864 Ibid., p. 105. Propos du Dr Lafontaine.

865 Terme fréquemment employé par les Drs Lafontaine et Sorel ; voir notamment ibid, p. 107.

866 Ibid., p. 2.

aux assurés toutes les satisfactions réalisables. On ne saurait vraiment refuser à un assuré le droit de s'adresser au médecin qu'il préfère. S'il en résulte des frais plus élevés, rien ne s'oppose à ce que cette charge supplémentaire retombe sur l'intéressé. La Caisse remboursera ou payera suivant les conditions des tarifs locaux, compte tenu de la participation de l'assuré. Elle n'aura pas à intervenir pour les suppléments de frais visés ci-dessus."[867]

Pour le rapporteur, ces suppléments équivalents de nos actuels "dépassements d'honoraires", sont le corollaire du libre choix. Il n'explique toutefois pas pourquoi le fait - pour un assuré - de choisir le médecins qu'il souhaite, devrait induire des frais supplémentaires. De ce point de vue, le dépassement d'honoraire serait même un frein au libre choix, ce qui ne semble pas offusquer l'Union. Par ailleurs, la possibilité de dépasser le tarif de responsabilité des caisses créé inévitablement un tarif non limitatif. Il faut encore préciser que la question des tarifs reprend toute son importance en cette année 1927, où l'Union mène un énième combat acharné pour faire relever les tarifs et les adapter au coût de la vie dans le cadre de la loi des pensions et des accidents du travail.

En ce qui concerne le tiers payant, bien que celui-ci reste possible au regard du dernier projet de loi, selon l'Union, le secrétaire général aurait obtenu du Dr Chauveau, qu'il n'y aurait pas de tiers payant obligatoire, ce point pouvant être réglé par les contrats. Toutefois, l'Union ne produit aucun document qui pourrait permettre de vérifier cette information.

Bien que ternie par la division du corps médical, cette avancée constitue une victoire de taille pour l'Union, d'autant que le Dr Chauveau affirme que cette nouvelle modification aurait été directement influencée par les revendications du corps médical.

C'est ainsi que le secrétaire général de l'Union, conclut son article au sujet du des modifications apportées au projet de loi :

"*Le texte actuel du projet de loi semble devoir être entendu comme permettant à un Syndicat de conclure avec une Caisse un contrat avec tarif établi localement par le Contrat lui-même, et non limitatif, en ce sens que ceux des syndiqués qui déclareront vouloir demander des honoraires supérieurs à ceux du tarif contractuel pourront participer au service, restant libres de fixer leurs honoraires par entente directe avec leurs malades.*"[868]

Le principal argument mis en avant par les syndicalistes - en dehors d'un certain fatalisme lié à l'obligation d'établir un budget pour l'assurance maladie - en faveur du tarif limitatif, nous est apporté par le Dr Mandel de Strasbourg-Ville : "*c'est surtout la possibilité de freiner les abus des bénéficiaires.*"[869] Celui-ci reste toutefois

867 Idem.
868 Ibid., p. 6.
869 Ibid., p. 95.

bien modeste face à une opposition au tarif non limitatif commençant à se constituer au sein même de l'USMF.

8.4. Les débats syndicaux au sujet des tarifs

Cette nouvelle version du projet de loi ne peut qu'attiser les tensions entre l'Union et la Fédération, cette dernière étant fermement opposée à tout tarif et prônant une entente directe absolue. Mais rappelons le, il n'existe pas de définition consensuelle de "l'entente directe". Selon certains syndicalistes, cette confusion favoriserait nettement la division. La meilleur définition de l'entente directe, en cette année 1927, reste donc sans doute celle de son plus fervent défenseur, le Dr Cibrie : "*L'entente directe se définit : Les conditions de la clientèle ordinaire, c'est-à-dire pas de tarif fixe, pas de tiers payant, étant bien entendu que doit être exclue, par tous les moyens possibles, la médecine au rabais, et que le taux inférieur des honoraires ne doit jamais descendre au-dessous du tarif syndical minimum.*"[870]

Comme nous l'avons déjà dit, au sein même de l'Union, la possibilité d'un tarif même non limitatif est loin de faire l'unanimité. Le Dr Ezudet exprime son inquiétude sur ce point : "*l'incertitude du payement, ou du moins la majorité de notre clientèle soustraite à nos tarifs normaux ; c'est la nécessité de la multiplication des visites pour arriver à un chiffre. C'est, pourtant, la mauvaise qualité des soins, la diminution matérielle de notre état.*"[871] Ainsi, les tarifs inciteraient à multiplier les consultations, à privilégier la quantité sur la qualité. Le Dr Ezudet poursuit, voyant dans les tarifs un nouvel impôt pour les médecins : "*c'est un impôt dissimulé quoiqu'écrasant qu'on veut prélever sur nous. Mais nous ne voulons pas être imposés autrement que les autres citoyens.*"[872]

Un autre syndicaliste de l'Union, le Dr Merle, estime, lui, que le tarif non limitatif conduira inévitablement à un tarif limitatif par le jeu de la concurrence :

> "*L'assuré, après quelques expériences, s'efforcera de diminuer le plus possible l'écart existant entre la somme payée au médecin et celle à lui rembourser par la caisse. Il y parviendra sans doute aisément, car il se rencontrera quelques médecins pour lui faciliter cette besogne. D'aucuns même pousseront la complaisance et l'amabilité jusqu'à lui éviter le souci de passer à la caisse ; il ne faudra pas s'étonner alors que ces médecins aient quelque vogue et que le libre choix des assurés leur réserve quelque faveur.*
>
> *On aboutira de la sorte - par le jeu de la concurrence - à un tarif limitatif, et par surcroît à une diminution des honoraires ; c'est-à-dire à un résultat diamétralement opposé au but que l'on s'était proposé d'atteindre.*

870 Ibid., p. 89.
871 Ibid., p. 91.
872 Idem.

Et qu'on ne vienne pas dire que l'entente directe pare à ce danger. Pour qu'elle l'évitât, il faudrait que le monopole de l'assurance fût donné aux Syndicats. De cette manière, tout essai de médecine au rabais serait réprimé, le Syndicat ne pouvant tolérer chez lui semblables pratiques."[873]

Sur ce point, les médecins disposent d'un certain recul dans le domaine des accidents du travail où les "suppléments d'honoraires" sont possibles ce qui aurait abouti, par le jeux de la concurrence, à un tarif limitatif. L'Union précise toutefois - et de façon quelque peu paradoxale - que les médecins n'ont que rarement fait appel à ce droit[874]. S'il est vrai que le jeux de la concurrence devrait logiquement tirer les tarifs vers le bas, il en serait de même en l'absence de tarif. En effet, même dans le cas de l'entente directe, on peut penser que le patient ira de préférence consulter le médecin pratiquant les honoraires les plus bas. Il semble donc peu probable qu'un tarif non limitatif entraîne une concurrence plus féroce que dans le cadre de la "clientèle ordinaire".

8.5. Une nouvelle tentative de réunification autour de l'entente directe à l'initiative du Dr Cibrie

Suite aux dernières modifications apportées au projet de loi et notamment à l'obligation d'établir des tarifs par des contrats collectifs, modifications il fut un temps demandées par l'Union elle-même, certains syndicalistes de l'USMF souhaite une nouvelle tentative de réunification entre l'Union et la Fédération afin que le syndicalisme médical soit en état de constituer un front unique à même de défendre efficacement les intérêts du corps médical.

On doit l'initiative de cette seconde tentative au Dr Cibrie du SMS :

"*Je ne suis pas de l'avis de Lafontaine qui estime le front unique inutile et nuisible. On vous lira tout à l'heure un ordre du jour qui, je crois, peut s'appeler un ordre du jour de conciliation. Je crois qu'avec cet ordre du jour, il serait bon de demander à la Fédération si une entente est possible, uniquement pour une action sur ce point-là. Car, si nous allons à la bataille en ordre dispersé, nous sommes battus d'avance.*

La Fédération demande l'Entente directe. L'Entente directe fait partie de la liberté contractuelle… On peut demander une dernière fois à la Fédération si elle peut faire front uniquement sur cette question."[875]

Ainsi, la stratégie du Dr Cibrie serait de rester au sein de l'Union afin de profiter de sa position dominante et donc de son poids dans les négociations sur les assurances sociales, tout en y important et en y imposant de façon plus nette le

873 Ibid., p. 92.
874 Ibid., p. 297.
875 Ibid., p. 118.

principe de l'entente directe défendu avec acharnement par la Fédération et cher au Dr Cibrie. Cela semble être confirmé par le Pr Cruchet de la Fédération :

> "*Mais, en tout ceci, que deviennent nos amis les Parisiens ?*
>
> *Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'ils ont une largeur d'esprit incommensurable. Ils ménagent avec abnégation leurs sensationnelles entrées, aussi bien dans un groupe que dans l'autre ; et ils n'hésitent pas, tant leur âme est sereine, à prendre part dans les deux camps aux divers ordres du jour votés. Mais on n'a pu réussir jusqu'ici à savoir bien exactement quelle est au fond leur opinion. Ils semblent attendre, avec un opportunisme stoïque, le moment où l'on verra de quel côté penche la balance afin sans doute de la faire pencher tout à fait en leur faveur et de recueillir ainsi, sans trop de peine, les marrons du feu, avec tous les avantages du pouvoir et des bénéfices à en retirer.*"[876]

Le moins que l'on puisse dire, c'est que l'attitude du SMS ne fait l'unanimité dans aucun des deux camps. Il s'isole ainsi de l'ensemble du syndicalisme médical, en formant progressivement une sorte de troisième camp.

Peu de temps après, dans une communication avec l'Union, la Fédération affirme sa volonté de recréer un front unique sur la base de l'entente directe (à laquelle la majorité des syndicalistes de l'Union serait d'ailleurs favorable[877]) : "*L'Assemblée générale de la Fédération nationale [...] assure à nouveau l'Union de son désir constant d'établir avec elle un front unique basé sur le principe de l'entente directe en matière de médecine sociale.*"[878] Mais dans les propos de la Fédération, il faut bien comprendre qu'elle demande une entente directe exclusive, sans laisser de place à une possibilité de tarifs, ce qui est bien loin de faire l'unanimité au sein de l'Union et encore moins parmi ses dirigeants. A l'inverse, pour les dirigeants de la Fédération, dont le Pr Cruchet, il ne saurait y avoir de fusion avec une Union votant des ordres du jour de conciliation "bouillabaisse" allant à l'encontre de la "médecine traditionnelle"[879].

8.6 Les modifications du projet par le Sénat

8.6.1. La modification de l'article 4 et l'autonomie syndicale

Le 9 juin 1927 la discussion du projet de loi débute devant le Sénat, avec le soutient de la CGT, d'une grande partie du patronat et de la mutualité[880]. La CGTU demeure opposée aux cotisations ouvrières. Le corps médical, quant à lui, semble relativement divisé, comme le résume M. Antonelli : "*Les uns avec l'Union des*

876 Ibid., p. 133.
877 Ibid., p. 135.
878 Ibid., p. 120.
879 Ibid., pp. 133 - 134..
880 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 255 - 256.

syndicats médicaux demandaient des modifications sur la question du forfait, sur le petit risque, sur le quantum de recette attribuée aux soins médicaux, etc., les autres maintenaient irréductiblement leur opposition au système même facultatif du tiers-payant et de ce qu'ils appelaient la bureaucratisation de la médecine."[881] Cette division ne va rendre que plus complexe la tâche des sénateurs, malgré leur volonté de ménager le corps médical. Ainsi M. Pasquet, sénateur, écrivait dans son rapport :

> "*Le fonctionnement de l'assurance maladie suppose, nous a-t-on dit, le concours consciencieux et dévoué du corps médical ; si les services des assurances sociales veulent obliger les praticiens à soigner, à un tarif de faveur, les personnes qui ont les moyens matériels de payer leur concours au prix légitime qu'ils demandent, ces derniers se considéreront comme lésés et refuseront leurs services ou, tout au moins, se désintéresseront de l'application de la loi.*"[882]

Afin de ne pas surcharger notre travail, et exception faite de la modification de l'article 4 qui est de première importance, nous resterons très succinct en ce qui concerne les autres changements apportés au projet de loi. Étant donné que les changements portent quasi exclusivement sur les modalités de coopération du corps médical, nous n'aborderons pas - contrairement aux projets précédents - les autres aspects du texte.

Cette discussion au Sénat est l'occasion de relancer les débats sur l'autonomie syndicale, dont il faut rappeler le lien avec la liberté contractuelle. Ainsi, un syndicaliste commente[883], en introduction du *Médecin Syndicaliste* de mars 1927 :

> "*S'il est tout de même possible de trouver entre les revendications des dissidents et celles de l'Union un certain nombre d'idées communes, il y a un point de vue sur lequel les conclusions des deux assemblées sont diamétralement opposées : c'est la question de l'autonomie syndicale. L'Union la veut complète, laissant à chaque Syndicat la liberté de traiter suivant son mode préféré. A la Fédération des dissidents, au contraire, il n'y a plus aucune autonomie syndicale, puisque l'entente directe est le seul mode autorisé, quelles que soient les préférences des Syndicats et quelles que soient les possibilités. Liberté d'un côté, absolutisme de l'autre...*"[884]

Rappelons qu'il y a encore quelques années, les futurs dissidents adressaient exactement le même reproche à l'Union qui refusait selon eux d'admettre l'entente directe absolue parmi les autres modalités de coopération aux assurances sociales.

Il est en apparence assez paradoxal de voir l'Union défendre aussi farouchement l'autonomie syndicale, tout en passant un accord avec la Fédération

881 Antonelli, Etienne, 1928, op. cit. Cette citation est ici reprise par Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 256.
882 Ibid., p. 256.
883 Probablement un dirigeant de l'Union (l'article n'est pas signé).
884 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, p. 123.

donnant à l'Union seule la possibilité de traiter avec les pouvoirs publics : "*L'Union des Syndicats médicaux continuera à représenter, seule, le corps médical devant les Pouvoirs publics, compte tenu de l'accord intervenu avec la Fédération nationale.*"[885] Si cet accord a vraisemblablement été passé afin que le syndicalisme ne s'exprime que d'une seule voix et afin de masquer certains désaccords, le moins que l'on puisse dire est que l'autonomie syndicale de la Fédération se voit ici nettement restreinte. S'il est peu probable que le législateur ait voulu favoriser un groupement syndicaliste (la Fédération en l'occurrence) globalement peu favorable aux assurances sociales, il est tout de même frappant de constater que, quelques semaines à peine après cet accord, le projet de loi ait été modifié, donnant la possibilité à tout syndicat de traiter avec les caisses, et non plus seulement au unions nationales[886]. Il n'est absolument pas exclu que les pouvoirs publics aient ici voulu exploiter les divisions du syndicalisme en rendant possible les ententes locales et ainsi favoriser l'application du projet de loi. L'Union réagira vivement contre cette modification :

> "*Le texte de la Commission du Sénat, qui avait ses défauts, mais où l'on sentait le souci de faire une oeuvre équilibrée, et d'assurer au syndicalisme médical un rôle organisateur, ce texte - révisé en séance - a subi des modifications qui déforment l'oeuvre toute entière et qui - si elles persistent - auront les résultats les plus malheureux. [...]*
>
> *En fait, tout Syndicat professionnel, même fondé pour les besoins de la cause, même s'il est exclusivement composé de mercantis, même si son institution doit provoquer la déchéance morale et matérielle de la profession, aura, s'appuyant sur le §4 du même article 4, le droit de contracter avec les Caisses d'assurance.*
>
> *On voit que les Caisses auront la partie belle. Bien naïves seront celles qui ne sauront pas opposer aux "exigences" d'un Syndicat médical les excellentes dispositions d'un autre Syndicat, formé pour les besoins de la cause.*"[887]

Et pour l'Union, cette modification est loin d'être un hasard. Elle aurait été provoquée par le corps médical en raison de son incapacité à s'unir, renforçant l'idée selon laquelle, les divisions au sein du syndicalisme auraient pu être exploitées par le législateur : "*En étudiant les faits récents, on verra quel rôle la division du Corps médical a joué dans la genèse de ce texte que l'Union redoutait et dont elle avait à l'avance signalé les dangers. En perdant son unité, le syndicalisme médical a perdu sa puissance. Il ne reconquerra celle-ci qu'en reconstituant celle-là.*"[888]

885 Ibid., p. 152. Extrait d'un ordre du jour de l'Union de 1927.
886 Ibid., p. 386.
887 Ibid., pp. 385 - 386.
888 Ibid., p. 386.

Et le temps presse, les premiers articles de la loi sont votés au Sénat, non sans modifications qualifiées par l'Union de "*désastre médical*"[889]. Les inquiétudes portes principalement sur l'article 4 dont la modification du paragraphe 2 poursuit en partie la logique de la modification précédente :

"*Texte ancien :*

"L'assuré choisit librement son praticien sur une liste locale établie, d'un commun accord, entre les Caisses et les Syndicats professionnels affiliés aux Unions nationales. Cette liste comprendra les praticiens faisant partie des Groupements professionnels avec lesquels la Caisse a passé un contrat et tous les praticiens qui auront adhéré aux conditions fixées et qui n'auront pas été exclus pour motifs graves et légitimes. Les réclamations relatives à ces exclusions pourront être portées devant la Commission tripartite prévue à l'artice 7, §5."

Texte nouveau :

"L'assuré choisit librement son praticien." "[890]

Les listes de médecins, établies en accord avec les groupements professionnels, sont donc purement et simplement rayées de la loi. Selon l'Union, cela laisse la possibilité à des médecins dissidents de traiter avec les caisses, et ce, sans contrôle. Selon elle, cette modification aurait deux objectifs[891] : laisser la possibilité aux médecins non syndiqués de participer au système de l'assurance maladie, et consacrer l'entente directe donc indirectement la Fédération[892]. Toutefois, ces hypothèses n'apparaissent pas totalement crédibles. Concernant le premier point, certains syndicalistes de l'Union admettent eux-mêmes que l'ancienne version de l'article 4 n'empêchait en rien la participation de médecins non syndiqués, même si elle réduisait cette possibilité par l'influence laissée au syndicalisme. Pour ce qui est du second point, il ne parait pas imaginable que les sénateurs aient voulu favoriser un groupement professionnel dont l'idéologie pouvait remettre en cause l'esprit de la loi. En effet, il faut se rappeler que la Fédération semble, de manière générale, plus hostile aux assurances sociales que l'Union. Il n'est toutefois pas exclu que le Sénat ait été influencé par certains de ses membres médecins.

De plus, cette modification laisse la possibilité à des médecins "marrons" et syndicats locaux dissidents de participer à l'organisation des soins et de briguer des places dans l'administration des caisses[893]. Pour la première fois, la situation semble bien échapper au contrôle de l'Union. Si les pouvoirs publics et les caisses ont la possibilité de faire appel à des médecins non syndiqués, de la réalisation des soins jusqu'à la gestion administrative de tout le système de santé, il y a peu de chances qu'ils s'en privent, au risque de voir l'Union perdre toute influence sur les assurances sociales.

889 Ibid., p. 387.
890 Idem.
891 Ibid., p. 388.
892 Ibid., p. 390.
893 Ibid., p. 389.

Le lecteur se demandera sans doute en quoi cette modification de la loi par le Sénat a pu entraver la réunification du syndicalisme médical et favoriser l'éloignement du SMS des deux formations principales. La raison semble assez claire : tant que les médecins et les syndicats locaux devaient passer par les unions nationales pour participer et administrer les assurances sociales, le syndicalisme médical ne pouvait pas se permettre de se morceler d'avantage, sans quoi toute organisation structurée aurait été impossible. Mais maintenant que chaque syndicat, voir chaque médecin, obtiendrait une autonomie au regard de la loi, rien ne fait plus obstacle à ce que des syndicats, dont le SMS, s'éloigne des unions nationales.

Par ailleurs, il n'est pas étonnant de voir émerger à partir de là de multiples projets de codes de déontologie médicale ainsi que des débats sur la création d'un Ordre[894]. En plaine crise, le syndicalisme cherche un nouveau cadre moralisateur à son fonctionnement, celui des assurances sociales semblant se disloquer. Notons à ce sujet que par la création d'un Ordre, le syndicalisme cherche également la protection de l'Etat comme c'est le cas pour les assurances sociales. Mais ce qui vaut pour les assurances sociales, vaudrait pour un Ordre : "*Il y a danger pour la profession médicale à demander l'intervention de l'Etat dans le but de créer une juridiction disciplinaire. L'Etat étendrait ainsi sa tutelle sur la profession, qu'il contrôlerait. [...] L'Etat ne donnera rien pour rien et [...] la profession médicale payera largement la protection de l'Etat.*"[895]

8.6.2. Les autres modifications apportées par le Sénat

Enfin, nous allons encore brièvement aborder les autres modifications, moins importantes aux yeux de l'Union, effectuées par le Sénat dans le projet de loi[896] :

L'article 7, traitant du contrôle du service d'assurance maladie, est légèrement remanié. C'est particulièrement le premier alinéa, donnant aux syndicats le soin d'exercer ce contrôle qui est sujet à débats. Pour certains sénateurs, il est inadmissible que les médecins, acteurs centraux de l'assurance maladie, contrôlent eux-mêmes ce système. Mais le corps médical tient bon et l'article 7 n'est modifié que sur des points de détails, le contrôle restant dans les mains du syndicalisme.

L'article 6, traitant notamment des tarifs hospitaliers, est modifié de façon plus significative. Y est inséré l'amendement du Dr Don[897], selon lequel les tarifs hospitaliers ne doivent pas dépasser ceux pratiqués dans le cadre de l'AMG ou des accidents du travail. Pour l'Union ce serait encore une façon de "brider les médecins", mais l'amendement est adopté.

---

894 Ibid., pp. 392 - 422.

895 Ibid., p. 408.

896 Ibid., pp. 438 - 444. Nous allons ici étudier les articles, non pas par numéro, mais dans l'ordre d'importance adopté par l'Union.

897 Le Dr Dron, sénateur, est également un syndicaliste influent de la Fédération du Nord.

L'article 31, garantissant la possibilité pour les caisses d'investir librement, et notamment sans le contrôle du corps médical, n'est pas modifié, contrairement à ce que souhaitait l'Union.

L'article 30, qui détermine les modalités de gestions de l'argent des caisses est modifié, mais sans conséquences sur les revendications du corps médical. L'Union n'en dit donc que peu de choses.

L'article 26, traitant notamment de la représentation du corps médical au sein du conseil d'administration des caisse, n'est pas modifié. Les médecins conservent 2 sièges sur 18, alors qu'ils demandaient une représentation à hauteur des deux tiers.

L'Union obtient gain de cause concernant l'article 72, au sujet de la représentation médicale au Conseil supérieur des Assurances sociales. Le corps médical obtient 6 sièges sur 43 contre un seul dans le texte primitif.

Gain de cause est également obtenu en ce qui concerne l'article 63, au sujet des litiges résultants de l'application de la loi. Comme le demandait l'Union, ils feront l'objet d'une procédure spéciale et ne feront pas appel, comme prévu initialement, aux juridictions ordinaires.

L'article 5, modifié par le Sénat, fait passer le délai de carence pour les "petits risques" de 8 à 5 jours.

L'article 49 exclut toujours certaines catégories de salariés du cercle de l'assurance maladie, notamment les salariés de l'Etat, des départements, des communes, des chemins de fer, les ouvriers mineurs et ardoisiers ainsi que les inscrits maritimes.

L'article 52, enfin, précisant les conditions d'application de la loi en Alsace-Moselle, est modifié, selon l'Union et à son grand regret, sous la pression des industriels d'Alsace et de Moselle. Le délai d'application de la loi dans ces régions est nettement augmenté, passant de 5 à 10 ans.

8.7. Le vote de la loi au Sénat et les divisions syndicales en ce qui concerne les modalités de rémunération des médecins

Le 7 juillet 1927, le Sénat finit d'examiner le projet de loi qu'il adopte à l'unanimité moins deux voix[898]. Cette adoption ne fera que raviver les craintes du corps médical au sujet de sa rémunération. Il en découlera des débats longs et passionnés, dont nous ne reprendrons pas les détails, les syndicalistes des différents camps se reprochant mutuellement de défendre des intérêts individuels ou de "vouloir faire du chiffre". Là encore, la situation ne sera pas propice à la réunification du syndicalisme.

En ce qui concerne le tiers payant, le débat opposera essentiellement la Fédération du Nord (région très industrialisée), représentée par le Dr Dron (médecin

898 Ibid., p. 423. Voir également Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 257.

et sénateur), au reste de l'Union. Le Dr Dron ne cache pas son attachement aux idées de la Fédération, tout en admettant qu'il sera impossible d'interdire le tiers payant dans la loi[899]. Les débats aboutiront à une scission entre la Fédération du Nord et le reste de l'Union, pour des motifs qu'aucun des deux camps n'exposera clairement. Mais ce qui sera *a posteriori* particulièrement reproché par l'Union au Dr Dron, au-delà du fait d'avoir rejoint la Fédération, c'est d'avoir officialisé auprès du Sénat les divisions et la scission qui existait au sein du syndicalisme médical :

> "*Il était sans doute inutile d'étaler devant le Sénat les désaccords du Corps médical. C'est cependant ce à quoi s'attache M. Dron [...] :*
>
> *"... A la proclamation du vote, les délégués de la Fédération du Nord se sont retirés et ont formé une union dissidente. Nous nous trouvons donc en présence de deux groupements médicaux ; l'un de 8.000 médecins environ, l'autre de 5.000 à 6.000, qui ne peuvent se mettre d'accord sur une question de ce genre [la question du tiers payant, NDLR]. Et la scission dure toujours."*
>
> *Rectifions brièvement les chiffres donnés par M. Dron. Ce n'est pas 8.000 et 5 à 6.000 que se comptent les groupements et présence, mais par 12.800 à 4.399 ce qui est tout différent.*
>
> *Le plus grave était, en faisant état de ces divisions, de donner au Sénat l'impression que, quoi qu'il puisse voter à l'égard des médecins, ceux-ci, divisés, se verraient obligés de l'accepter.*"[900]

Le corps médical est donc plus que jamais divisé et, quels que soient les chiffres donnés par chacun des deux camps, la division prend de l'ampleur, d'autant que la Fédération du Nord est un groupement syndical particulièrement influent.

La scission aurait ainsi permis au Sénat des modifications fondamentales dans le contenu de la loi, rendant cette dernière inacceptable par le corps médical. Pour étayer cet argument, citons les propos du Ministre du Travail, avant les modifications apportées par le Sénat :

> "*On a dit très justement de ces derniers (les médecins) qu'ils étaient indispensables à la réussite de la loi : or, les médecins avaient des objections à formuler, ils avaient des inquiétudes en dehors de celle de cette dépréciation des services dont j'ai parlé tout à l'heure. Ils ne voulaient pas être considérés comme des fonctionnaires et, d'un autre côté, ils ne voulaient pas faire tous les frais de la loi. Ils entendaient que leurs consultations dussent rémunérées, puisqu'aussi bien il ne s'agissait plus d'assistance. Enfin, ils voulaient être défendus contre les abus que pourraient commettre*

899 Ibid., pp. 429 - 430.

900 Ibid., p. 430. Les propos entre guillemets sont ceux qui, selon l'Union, ont été tenus devant le Sénat par le Dr Dron.

certains d'entre eux par des procédés aussi malhonnêtes que nuisibles à la réputation de leur profession[901].

Satisfaction a été donnée au corps médical sur tous les points. On a admis le libre choix du médecin. Les tarifs médicaux à instituer seront librement discutés par les associations de médecins et les caisses au sein du conseil d'administration desquelles les médecins seront représentés ; enfin, il a été admis qu'ils exerceraient, par leurs propres organismes, le contrôle médical de l'assurance sociale."[902]

L'Union commente :

"*Et, certes, si le Sénat eût voté la loi telle que la proposait, au nom de la commission d'hygiène, le Dr Chauveau - le Corps médical, tout en regrettant que ses demandes n'aient pas été acceptées sur certains points, aurait pu se déclarer satisfait de l'ensemble*[903].

Mais, au cours de la discussion au Sénat, des amendements vinrent, sur les points les plus importants pour nous, bouleverser le projet Chauveau.

Disons-le avec regret : seule la scission, largement étalée à la tribune du Sénat, a permis pareils votes : si le Corps médical avait été uni, les déclarations unanimement approuvées [...] du Ministre du travail le prouvent - sa voix aurait été entendue !"

Il est vrai que le Dr Lenglet, secrétaire général de l'Union, s'était montré satisfait de la dernière version du projet Chauveau. Rappelons ses propos : "*Vous voyez le pas de géant que nous avons accompli en quelques mois, et combien nous sommes loin de la loi inorganisée, de cette loi désordonnée dont vous avez pu avoir des échos, car elle n'a été publiée nulle part, je crois, et n'a fait que passer devant nos yeux.*"[904] Mais, comme nous l'avions souligné, cette version du projet de loi était loin de faire l'unanimité parmi les syndicalistes de l'Union. Il faut donc relativiser le point de vue de l'Union selon lequel la scission aurait seule provoqué les modifications "intolérables" du projet de loi effectuées par le Sénat. De plus, la scission avait eu lieu bien avant la mise au point de la dernière version du projet Chauveau, sans conséquences importantes sur le contenu du projet, même s'il est vrai que la scission s'est aggravée depuis. Toutefois, il parait indéniable que les divisions au sein du corps médical, même si elles ne sont pas les seules, ont influencé l'évolution du projet de loi.

Tous ces débats finiront par aboutir au rejet de la loi par l'Union, telle qu'adoptée par le Sénat : "*le Corps médical s'opposera de toutes ses forces à l'application de la Loi d'Assurance-maladie qui, telle qu'elle vient d'être votée par le*

901 Cela nous rappelle que la question des assurances sociales a inévitablement influencé ultérieurement la création de l'Ordre des Médecins.
902 Ibid., p. 431.
903 Ce qui n'aurait pas été le cas de la Fédération, il faut le souligner.
904 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 133.

Sénat, ne donne pas, sur les points exposés dessus, satisfaction au Corps médical."[905]

C'est finalement Louis Picard, dans ses communications aux colloques de Brest en 1982 et de Grenoble en 1983[906], qui analyse le mieux le texte voté au Sénat et la réaction qu'il a suscité auprès du corps médical. Pierre Leclerc, dans son ouvrage sur l'histoire de la Sécurité sociale, nous en retranscrit l'essentiel :

> "*En ce qui concerne le corps médical, le ministre du travail avait pu déclarer, le 16 juin 1927, à la tribune du Sénat, que "satisfaction lui était donnée sur tous les points".*
>
> *Ce n'était pas tout à fait exact : s'il est vrai, en effet, que le forfait était supprimé, que le système du ticket modérateur était abandonné, que le libre choix était rétabli (la liste des praticiens était établie d'un commun accord entre la caisse et les syndicats professionnels), par contre le montant des honoraires pouvait être soit "supporté", soit "remboursé" par les caisses : c'est tout le problème du tiers-payant qui se trouvait posé et, dans ce projet, le paiement direct était donc seulement facultatif.*
>
> *C'est ce qu'Edouard Grinda, député, rapporteur au nom de la commission d'assurance et de prévoyance sociales du projet qui allait devenir la loi de 1930, appellera plus tard, dans son rapport n° 3187 (séance du 9 avril 1930), la "liberté contractuelle".*
>
> *Ce projet nouveau, enfin voté par le Sénat, revient à la Chambre des députés. Et c'est alors que va se concrétiser, avec le plus de netteté et de vigueur, l'hostilité du corps médical : nous sommes en effet parvenu à la dernière étape.*
>
> *Certes, l'action menée jusqu'à ce stade par les différents syndicats médicaux n'a pas été sans effets : entre le premier projet d'assurance maladie de 1921 jusqu'au texte qui vient d'être voté par le Sénat, on peut constater de nouveaux et importants reculs, tant de la part du gouvernement que de la part du législateur.*
>
> *Mais en juillet 1927, au moment où vont s'ouvrir les dernières discussions, il faut frapper fort.*
>
> *Les trois grands syndicats médicaux*[907] *décident d'unir leurs efforts et, sous l'impulsion du docteur Paul Cibrie, est lancée une grande offensive.*"[908]

---

905 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, p. 458..

906 Voir : Picard, Louis, *Les rapports entre les médecins et les assurances sociales (1930-1945) : Le vote des lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930*, communication au colloque de Brest sur l'histoire de la Sécurité sociale dans le cadre des congrès nationaux des sociétés savantes, 1982 et Picard, Louis, *Les rapports entre les médecins et les assurances sociales (1930-1945)*, communication au colloque de Grenoble sur l'histoire de la Sécurité sociale dans le cadre des congrès nationaux des sociétés savantes, 1983.

907 Ils sont représentés par l'Union, la Fédération et un groupement de médecins spécialistes.

908 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 257 - 258. L'auteur reprend ici les propos de Louis Picard (voir note de bas de page précédente).

Plus que jamais, au lendemain du vote de la loi par le Sénat, le syndicalisme médical français se trouve au pied du mur, sur un sujet qu'il avait sans doute tenté de masquer par le passé, à savoir le tiers payant, l'obligeant à tenter une nouvelle réconciliation entre les différentes unions nationales.

8.8. Nouvelle tentative de rapprochement entre l'Union et la Fédération sous l'impulsion du Dr Cibrie du SMS

En juillet 1927, les points de discorde entre l'Union et la Fédération, empêchant pour le moment toute réunification, portent sur deux points : les modifications effectuées par le Sénat - selon certains induites par le scission - et la liberté contractuelle en lien avec l'entente directe. Nous avons déjà longuement abordé ces points. Concernant le second, nous rappellerons simplement que l'Union accepte la liberté contractuelle alors que la Fédération s'y oppose en prônant l'entente directe absolue et il semble que les deux parties aient le plus grand mal à trouver un terrain d'entente sur ce point.

En juillet, l'Union propose à la Fédération de recourir à la "commission mixte" afin d'éclaircir ce point. Il semble que le syndicalisme oscille finalement entre deux contraintes : volonté de défendre des intérêts propres à chaque camp d'une part et, d'autre part, nécessité de créer un front uni face aux pouvoirs publics. C'est la raison pour laquelle Union et Fédération alternent entre querelles et propositions de réconciliation.

Fin juillet 1927, le SMS, toujours membre de l'Union, propose un plan de travail visant à réunifier le syndicalisme médical structuré autour de plusieurs conditions que voici :

> "*1° Le corps médical est-il décidé à refuser sa collaboration au fonctionnement de la loi si les syndicats pouvant contracter avec les caisses ne sont pas tenus d'être habilités par une seule Union nationale des syndicats médicaux de France ?*
>
> *2° Les syndiqués représentés prennent-ils l'engagement, suivant les principes syndicalistes, de s'incliner devant la décision prise par la majorité des syndiqués au sujet d'un mode unique de fonctionnement de la loi d'assurances-sociales ?*
>
> *3° Êtes-vous pour l'entente directe ?*
>
> *Êtes-vous pour le tiers payant ?*"[909]

Comme il fallait s'y attendre, la Fédération refuse catégoriquement de discuter le premier point, sur fond de litige persistant quant à la responsabilité de la modification de l'article 4 par le Sénat. Encore une fois, c'est un échec. Encore une fois, les débats sont relancés et s'enlisent en ce qui concerne le tiers payant et les

909 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, p. 619.

tarifs, mais aussi l'organisation hospitalière, le contrôle, le secret professionnel, la mutualité, etc. A nouveau, aucune décision tranchée ne semble ressortir de ces débats. Nous ne les détaillerons donc pas dans la mesure où chaque union nationale campe finalement sur ses positions.

8.9. La scission entre l'Union et le SMS

8.9.1. Les raisons de la scission

Le 23 octobre 1927 c'est un coup de tonnerre : "*Par 188 voix contre 86, l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine [...] a décidé de démissionner immédiatement de l'Union et de s'affilier à la Fédération.*"[910] Un membre du SMS justifie son vote en ces termes : "*L'Union personnifie à tort ou à raison le tiers payant et la Fédération l'entente directe. Je vote donc pour la Fédération et justement pour faire cesser la scission. Actuellement les deux groupements sont inégaux en force ; quand ils seront à égalité, ils auront plus de chances de s'entendre.*"[911]

En effet, l'Union étant toujours la fédération syndicale majoritaire, elle a moins besoin de s'entendre avec la Fédération pour défendre les intérêts du corps médical qui lui est affilié, le nombre de ses membres lui donnant un poids toujours conséquent dans les négociations. Il faut reconnaître que cette volonté affichée de réunifier le syndicalisme médical, au besoin en quittant l'Union, semble suivre la volonté du Dr Cibrie de mettre fin à la scission. Ceci pourrait d'ailleurs expliquer la stratégie parfois quelque peu déroutante de ce dernier. S'il a toujours été relativement difficile de placer le Dr Cibrie et le SMS dans un des deux camps dominants, c'est peut-être parce que le Dr Cibrie est d'avantage stratège qu'idéologiste. Il semble toujours avoir cru d'avantage au poids du nombre qu'au poids des idées. De la à dire qu'il est un opportuniste voguant au gré des tendances syndicales majoritaires il n'y a qu'un pas qu'il ne faudrait sans doute pas franchir. S'il n'y avait qu'un exemple à donner pour mieux comprendre le Dr Cibrie, ce serait celui de "l'entente directe", notion d'une importance capitale dans les débats sur l'assurance maladie. Paul Cibrie l'a toujours souhaitée et est resté membre - avec son syndicat le SMS - de l'Union, qui, elle, ne la jugeait pas absolument indispensable. La création de la Fédération, pourtant bien plus proche des idées de Paul Cibrie que l'Union, n'a d'ailleurs pas réussi, dans un premier temps, à attirer le SMS vers elle. Mais le Syndicat de la Seine n'était pas le seul à appliquer cette stratégie, d'autres syndicats restant fidèles à l'Union en raison de sa position dominante malgré des divergences idéologiques. C'est ce qu'admet d'ailleurs le secrétaire général de l'Union, dans une conversation avec le rapporteur devant la

910 Ibid., p. 690.
911 Idem.

commission du Sénat datant d'avril 1927 : "*Le Secrétaire général demande de prendre en considération le désir qu'a le Corps médical, dans sa majorité, de contracter avec les assurés dans la forme dite de l'Entente directe.*"[912] Cela va encore plus loin en mai de la même année : "*Le Secrétaire insiste encore sur le même point et parle de l'entente directe comme mode exclusif des contrats.*"[913]

Inutile de dire que les différences idéologiques entre l'Union et la Fédérations semblent s'amoindrir et si l'ont disait du Dr Cibrie qu'il est opportuniste il faudrait le dire de bon nombre de syndicalistes français, ce qui serait sans nul doute une mauvaise interprétation. Il semble simplement qu'à l'approche du vote fatidique de la loi sur les assurances sociales, il se fasse de plus en plus d'alliances stratégiques entre différents syndicats et groupements syndicaux. Ceci suit l'idée, déjà précédemment évoquée, qu'un syndicalisme puissant arrivera toujours à défendre le corps médical même s'il faut fléchir sur certaines convictions.

8.9.2. Un tournant idéologique pour l'USMF

Si les idées défendues par l'Union et la Fédération semblent de plus en plus proches, ce rapprochement se fait bien d'avantage vers l'entente directe que vers le tiers payant.

En novembre 1926, les Drs Decourt, Lefevre, Lenglet[914] et Cibrie[915], réaffirmaient déjà l'identité libérale du corps médical symbolisée par l'entente directe : "*Il paraît au Corps médical que l'organisation sociale n'est pas en antagonisme avec l'exercice traditionnel de la profession libérale qu'est, par excellence, la profession médicale.*" Il ajoutaient être *"persuadés que la moralité professionnelle et celle de l'assuré lui-même sont liées à l'exercice de la médecine dans les conditions traditionnelles."*[916]

Ce tournant vers l'entente directe n'est donc pas étonnant. La majorité des médecins semble toujours avoir souhaité d'avantage "l'entente directe dans les conditions de la clientèle ordinaire" que le tiers payant. Mais certains, dont le Dr Lafontaine, estimaient, non sans fatalisme, qu'il valait mieux un tiers payant négocié avec les syndicats, qu'une loi imposée au corps médical sans son avis. Bien sûr, il devait inévitablement y avoir des syndicalistes pour qui le tiers payant était une conviction profonde, mais le retournement de situation de cette année 1927 nous montre qu'ils n'étaient sans doute pas nombreux. Mais depuis les débuts des débats sur les assurances sociales, le syndicalisme a gagné du terrain et les pouvoirs publics semblent avoir accédé à un grand nombre de ses demandes. Ce qui semblait pour certains perdu d'avance, n'est désormais plus impossible et, à

912 Ibid., p. 694.
913 Ibid., p. 695.
914 Secrétaire général de l'Union.
915 Secrétaire général du SMS, à l'époque encore membre de l'Union.
916 Ibid, p. 694.

l'approche du vote imminent de la loi, les syndicalistes semblent vouloir tenter le tout pour le tout.

Si cela illustre les rapports entre les différents syndicats de manière relativement horizontale, il existe une autre manière d'illustrer l'évolution observée. Il faut, en effet, également considérer une dimension verticale en étudiant les rapports entre les syndicalistes, les syndicats et les unions syndicales de la base au sommet, pour bien cerner le tournant de 1927. En effet, il semble bien que, du point de vue de l'Union au moins, les syndicalistes répondaient à une logique plus stratégique qu'idéologique à mesure qu'ils s'éloignaient de la base pour rejoindre le sommet, donc à mesure qu'ils s'approchaient de la sphère dirigeante du syndicalisme. Et c'est bien normal, plus on approche du sommet de la pyramide syndicale, plus il faut concilier des tendances variées et être stratège en mettant parfois de coté ses propres convictions. C'est peut-être la raison pour laquelle les tendances affichées par les dirigeants de l'Union, et notamment par le Dr Lafontaine à l'époque, avaient jusqu'en 1927 masquées l'opinion individuelle des médecins et des "petits" syndicats. Et c'est donc sans doute pour cela que, comme le disait un membre du SMS au lendemain de la scission avec l'Union, "*l'Union personnifie à tort ou à raison le tiers payant et la Fédération l'entente directe.*" La scission entre le SMS et l'Union vient mettre en lumière ce phénomène, en suggérant que, depuis déjà un certain temps, l'Union et le syndicalisme médical en général poursuivent des objectifs essentiellement stratégiques.

En mai 1927, l'Union ne peut que faire le constat d'une préférence évidente des médecins syndiqués pour l'entente directe face au tiers payant "*dont quelques-uns, en petit nombre il est vrai, persistent à réclamer l'intervention.*"[917] Le secrétaire général de l'Union, Dr Lenglet, fait remarquer, toujours lors d'une discussion avec le rapporteur de la commission du Sénat, que "*l'entente directe est réclamée par la majorité du Corps médical.*"[918] Certains veulent même, et c'est notamment le cas du SMS, qu'elle soit inscrite dans la loi[919]. Mais pour le moment, pour des raisons liées à l'impossibilité d'établir un budget pour les assurances sociales dans le contexte de l'entente directe, le Sénat rejette l'entente directe exclusive : "*Sur l'entente directe exclusive, le rapporteur s'est heurté à un veto absolu de tous les commissaires sauf un.*"[920] Le rapporteur précise toutefois qu'il "*ne croit pas que le texte de loi s'oppose à l'application de l'entente directe telle que la préconise le corps médical.*"[921] L'Union interprète ces propos de la façon suivante : "*Il [le rapporteur, NDLR] paraît, sans le préciser nettement, regarder l'entente directe comme un mode de tractation possible*

917 Ibid., p. 695.
918 Idem.
919 Ibid., p. 739.
920 Ibid., p. 695.
921 Idem.

pour des syndicats suffisamment cohérents."[922] Mais d'autre y voient un échec de l'Union : "*l'Union a échoué c'est incontestable.*"[923] Notons que ce que certains voient comme un échec pourrait fragiliser la crédibilité de l'Union au sein du corps médical à la faveur de la Fédération, dont le nombre de membres ne cesse d'augmenter.

8.9.3. Les différents camps forcés de s'entendre

Lors du Congrès des Syndicats de novembre 1927, et à l'appel du Syndicat des Médecins de la Seine[924], les trois groupements syndicaux principaux (dont l'Union et la Fédération) votent à l'unanimité un ordre du jour marquant leur refus de collaborer à la loi sur les assurances sociales si elle devait rester en l'état. Cet ordre du jour sera communiqué au président de la commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés dans une lettre datée du 14 novembre 1927[925] :

> "*Au nom de la totalité du corps médical organisé, représenté par les délégués mandatés de ses trois Groupements, nous avons l'honneur de vous communiquer la résolution prise en commun, le 13 novembre 1927 :*
>
> *Le corps médical syndiqué représenté par les délégués de :*
>
> *L'Union des Syndicats Médicaux de France,*
>
> *La Fédération Nationale des Syndicats Médicaux de France ;*
>
> *Le Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés,*
>
> *refuse de collaborer aux assurances sociales telles que les établit le projet de loi voté par le Sénat.*
>
> *Ces Groupements vous présenteront les modifications qu'ils désirent voir apporter au projet de loi, aussitôt après la réunion du Congrès des Syndicats médicaux qui aura lieu le 30 novembre 1927.*"[926]

A noter que le Dr Lafontaine refuse de se rallier à cette majorité[927] et refusera de suivre les conclusions du congrès[928]. Notons encore qu'une grève sera suggérée si le corps médical n'obtient pas satisfaction[929].

Devant l'imminence du vote de la loi par la Chambre, ce qui marquerait son adoption, une volonté de réunifier le corps médical syndiqué est réaffirmée par le

---

922 Idem.
923 Idem.
924 Leclerc, Pierre, op. cit., 1996, p. 258.
925 Ibid., p. 258.
926 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, pp. 31-32. Mot souligné par nous. Cette lettre est également reprise dans les sources suivantes : Picard, Louis, 1983, op. cit. ; Leclerc, Pierre, op. cit., 1996, p. 258.
927 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, p. 35.
928 Ibid., p. 36.
929 Ibid., p. 61.

congrès, en la personne du Dr Renon, président de la Commission sur les assurances sociales :

"*Le Sénat a voté la loi des Assurances sociales ; la Chambre veut la voter sans changement. L'heure de l'action à sonné. Nous sommes déjà en pleine bataille : ce sont les méthodes de guerre qu'il faut adopter.*

Trois conditions sont nécessaires pour vaincre :

1. *Un plan de campagne clair et précis.*
2. *Un commandement unique, qui seul aura le pouvoir de le faire exécuter.*
3. *Des troupes qui s'engagent à obéir avec la plus stricte discipline syndicale.*"[930]

Le SMS viendra y ajouter la précision suivante : "*Pour la défense des intérêts médicaux, il est nécessaire que chaque syndicat local ou spécial contracte avec les Caisses. [...] Seuls peuvent contracter les Syndicats habilités par un organisme central unique [...] tout en laissant subsister leur autonomie.*"[931] Cet ordre du jour sera voté à l'unanimité.

Nous retrouvons ici la volonté du Dr Cibrie de recréer une unité dans le syndicalisme médical capable de défendre les intérêts du corps médical et d'influencer le contenu de la loi par le poids du nombre. Par ailleurs, cela réaffirme également le rejet de la modification de l'article 4 du projet de loi par le Sénat, donc le refus de la loi en l'état actuel. Enfin, on notera le souhait du Syndicat de la Seine de laisser subsister l'autonomie syndicale, raison pour laquelle il a sans doute toujours été quelque peu à part au sein du syndicalisme médical français.

8.9.4. Le vote de la "Charte médicale"

Le 30 novembre 1927 se réunit un congrès des syndicats médicaux qui vote l'ordre du jour suivant, connu sous le nom de "Charte médicale" et reprenant les principes que les syndicats veulent voire respecter dans la loi :

"*Approbation à l'unanimité sans avis contraire de la lettre adressée par la commission d'organisation du congrès à la commission de la Chambre.*

Questions préliminaires. - Les syndicats prennent l'engagement :

1° De se rallier aux décisions prises par la majorité. (Adopté à l'unanimité moins 1 avis représentant 26 voix.)

2° De ne collaborer à la loi d'assurances sociales que si tous les principes généraux inscrits dans les décisions du congrès sont admis par le Parlement. (Adopté à l'unanimité moins 1 avis représentant 26 voix.)

Décisions. - Pour la défense des intérêts médicaux, il est nécessaire que chaque syndicat local ou spécial contracte avec les caisses. (Adopté à l'unanimité moins 3 avis représentant 154 voix.)

930 Ibid., p. 32.
931 Ibid., p. 36.

Seuls peuvent contracter les syndicats habilités par un organisme central (cet organisme étant actuellement un organisme fédératif comprenant les trois groupements existants : union, fédération, groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés, tout en laissant subsister leur autonomie). (Adopté à l'unanimité.)

La loi, le règlement d'administration publique ou les contrats ne devront comporter aucune disposition contraire aux principes définis ci-dessous. (Adopté à l'unanimité.)

1° Le libre choix, étant entendu que tous les médecins, syndiqués ou non, peuvent participer aux soins à condition qu'ils acceptent les clauses du contrat et la juridiction du conseil de famille syndical avec droit d'appel devant l'organisme central ci-dessus défini. (Adopté à l'unanimité.)

2° Le respect absolu du secret professionnel qui ne devra être violé ni directement, ni indirectement. (Adopté à l'unanimité.)

3° Le droit à des honoraires pour tout malade soigné à domicile, soit à l'hôpital ou tout autre établissement de soins. (Adopté à l'unanimité moins 1 avis représentant 55 voix.)

Cette question devant être l'objet d'une étude ultérieure en ce qui concerne les établissements visés par la loi de 1921[932]*. (Adopté à l'unanimité moins 5 avis représentant 373 voix.)*

4° Payement direct par l'assuré en prenant pour base minima les tarifs syndicaux. (Adopté par 16 033 voix contre 679 et 823 abstentions formulées.)

5° La liberté thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique. (Adopté à l'unanimité.)

6° Contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat, et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord. (Adopté à l'unanimité moins 1 avis.)

7° Nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses et de contrats spéciaux entre les syndicats et les caisses pour l'organisation technique de tout établissement de soins. (Adopté à l'unanimité.)

Principe d'un organisme central pour défendre les décisions prises dans la journée au sujet des assurances sociales. (Adopté.)

La commission qui a présidé à la réunion du congrès est désignée pour assurer cette défense.

Principe de la constitution d'un organisme unique réunissant tous les syndicats médicaux. (Adopté.)

---

932 Loi du 3 mai 1921 sur les accidents corporels ou matériels du fait des établissements travaillant pour la défense nationale (J.O. du 5 mai 1921 page 5474). Source : Legifrance.gouv.fr, *Loi du 3 mai 1921 accidents corporels ou matériels du fait des établissements travaillant pour la défense nationale : droit à réparation*. En ligne. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000683988&categorieLien=id>. Consulté le 06 juillet 2015.

La commission présidée par le professeur Balthazard est désignée pour étudier les statuts nouveaux du groupement.

Signé
Docteur Desrousseaux
Docteur Jayle"[933]

Nous remarquons donc que tous les principes de l'entente directe se retrouvent ici, raison pour laquelle ce texte est parfois qualifié de "Charte de la médecine libérale". Il est également important de noter que, pour une fois, l'ensemble du syndicalisme médical tombe d'accord à la quasi unanimité. Mais si un semblant d'unité semble se dessiner, certains, comme le Dr Layral restent réservés : "*Travaillons parallèlement, comme l'a dit un confrère. Si nos méthodes sont semblables, nos parallèles se rencontreront malgré tout. Si nos méthodes diffèrent, alors, restons en à la Commission mixte.*"[934] Cela montre encore une fois qu'en novembre 1927, ce qui distingue encore l'Union de la Fédération demeure bien plus la forme que le fond.

Pour expliquer les différents points de la "Charte médicale", celle-ci s'accompagne d'une "*Déclaration du Comité intersyndical des groupements médiaux de France*" adressée aux députés :

"*Messieurs,*

Vous avez reçu au début de novembre une lettre par laquelle les représentants autorisés et mandatés du corps médical organisé français vous annonçaient leur ferme décision de ne pas participer au fonctionnement de la loi, telle qu'elle sortait des délibérations du Sénat ; nous vous annoncions en même temps la réunion d'un congrès des syndicats médicaux de France pour le 30 novembre. Aujourd'hui, nous vous apportons les décisions prises par le congrès à la quasi unanimité.

Pour le fonctionnement de la branche Assurance maladie, on a affirmé à maintes reprises, aussi bien à la Chambre qu'au Sénat, que la collaboration du corps médical tout entier était indispensable. Vous voudrez donc bien admettre, Messieurs, que les médecins, préoccupés avant tout de maintenir les traditions d'une médecine utile, honnête et sans abus, tiennent à expliquer à quelles conditions ils peuvent apporter leur concours.

Nous avons d'ailleurs mandat pour vous dire que la première décision du congrès a été l'engagement pris par tous les syndicats médicaux de ne participer au fonctionnement qu'autant qu'il n'existerait dans cette loi aucune disposition contraire aux résolutions ci-jointes.

Le corps médical n'est nullement hostile à la loi sur les assurances sociales, comme le démontre sa décision de contracter avec les caisses, mais en retour il est obligé de demander que la possibilité de contracter soit

933 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, pp. 38 - 39. Repris par Picard, Louis, 1983, op. cit.
934 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, p. 50.

limitée aux syndicats habilités par l'organisme central que nous représentons, afin d'éviter les scandales et les abus dont la loi sur les accidents du travail et la loi sur les mutilés ont donné de tristes exemples. Cette habilitation était d'ailleurs prévue dans le projet de loi soumis au Sénat, qui l'a même admise pour la représentation des médecins au Conseil supérieur des Assurances sociales (art. 72).

Le corps médical a confirmé le principe, d'ailleurs inscrit dans le projet de loi voté par le Sénat, du libre choix du médecin par l'assuré et a demandé des apaisements au sujet du respect absolu du secret professionnel, qui ne devra être violé ni directement, ni indirectement (exigence par la caisse de certificats comportant le diagnostic de la maladie).

Il vous demande également d'admettre le principe d'une rémunération du médecin pour les soins donnés par lui aussi bien à l'hôpital que partout ailleurs, contrairement à la disposition votée par le Sénat du fait de l'adoption de l'amendement de M. Dron.

La décision qui porte le n° 4 et qui maintient le fonctionnement de la médecine dans l'ordre traditionnel et moral a la plus grande importance à nos yeux ; elle spécifie bien que le médecin ne doit avoir affaire en matière de soins et d'honoraires qu'avec le malade qui lui a donné sa confiance. Nous vous demandons d'exclure strictement la possibilité du règlement des honoraires par les caisses et d'exclure également toute tarification fixée par contrat, ce qui nécessite la modification du texte de l'article 4.

Nous remettons entre vos mains, Messieurs, ces desiderata formels du corps médical français. Ce sont les représentants mandatés de tous les syndicats de France qui vous adjurent de mettre la loi que vous étudiez d'accord avec les conditions nécessaires à son bon fonctionnement.

Le Président, *Le secrétaire*

signé : docteur Balthazard, *signé : docteur Jayle.*"[935]

Cette déclaration, qui complète la charte médicale, prend comme argument central le caractère libéral de la profession médicale, au travers des modalités de rémunération des médecins devant faire abstraction de tout tiers intermédiaire, mais aussi au travers de l'habilitation, du secret professionnel et du libre choix, caractérisant l'indépendance de la profession en général et du médecin en particulier.

La "Charte médicale" votée lors du congrès des syndicats, n'apporte aucune revendication nouvelle, mais a le mérite de les regrouper en un seul texte qui résume ainsi les fondements de la médecine libérale dont il deviendra, pour beaucoup d'auteurs, la définition.

935 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 259 - 260.

Chapitre 9. - La loi du 5 avril 1928

9.1 Les débats à la Chambre des députés

Aucune source indépendante ne fait, à notre connaissance, l'analyse des débats à la Chambre des députés. Cependant, les Archives nationales signalent l'existence de documents qui retranscrivent ces débats et conservés sur le site de Paris sous la référence F/22/2061[936]. Sur cette base, un travail de recherche spécifique pourrait être entrepris.

Pour ce qui est de notre analyse, nous nous basons sur les archives de la CSMF malgré le caractère subjectif de cette source, afin de ne pas surcharger exagérément un travail déjà très long.

9.1.1. Le législateur affiche son accord avec le corps médical

Les débats à la Chambre, qui se sont déroulés durant le mois de mars 1928, ont été publiés *a posteriori* dans *Le Médecin Syndicaliste* de mai 1928.

M. Antonelli, rapporteur de la Commission sénatoriale, introduit la discussion en ces en indiquant que la "*commission a fait une étude très minutieuse du projet de loi modifié par le Sénat. Elle a entendu les représentants les plus autorisés des divers groupements intéressés. [...]*

Au cours des travaux de votre commission, des voeux et des suggestions tendant à modifier le texte du Sénat ont été émis. Nous examinerons plus particulièrement ce qui intéresse l'organisation du service médical et pharmaceutique et les prestations maladie, maternité, invalidité et décès.

L'organisation du service médical et pharmaceutique constitue un des problèmes les plus importants et les plus délicats. La bonne marche des assurances, l'équilibre financier des caisses sont en corrélation étroite avec la valeur de cette organisation.

Nous n'avons cependant pas cru devoir assujettir tous les groupements, ainsi qu'on le fait en Angleterre et en Allemagne, à une réglementation rigide, fixant les moindres détails du fonctionnement des services, sans tenir compte des usages professionnels, des traditions, des libres initiatives et des contingences locales.

Les conditions dans lesquelles s'exerce la médecine sont infiniment variables suivant les régions et suivant les milieux ; elles diffèrent à la ville et à la campagne, suivant qu'elle intéressent des employés de commerce ou

936 Even, Pascal ; Triboux, Patrice, *Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales - répertoire numérique des articles F/22/2056 à F/22/2093*, première édition numérique, Paris : archives nationales, 2011, p. 6.

des ouvriers d'usine, de petits agriculteurs ou des ouvriers de grandes entreprises agricoles industrialisées. L'étendue et la durée des déplacements imposés aux praticiens sont ici considérables, là réduites à presque rien. La médecine sociale, si rudimentaire, si incomplète dans certains départements, est, dans d'autres, très développée et bien organisée.

Ainsi, fidèles aux principes dont s'inspire tout projet de loi, avons-nous laissé la plus grande liberté aux caisses et aux Syndicats professionnels pour préciser dans les contrats collectifs librement débattus les conditions de fonctionnement du service médical et pharmaceutique.

Toutefois, le Corps médical demande que certains principes, auxquels il est à juste titre passionnément attaché, soient inscrits dans la loi.

Ces principes, nous le disons ici avec la plus absolu conviction, constituent la base d'une bonne organisation médicale. Ils établissent les garanties protectrices tout à la fois des malades, des assurés, des caisses et des praticiens eux-mêmes.

Tous ces principes sont inscrits dans les articles du projet du Sénat concernant les prestations médicales.

Nous croyons les avoir établis très nettement dans notre rapport, et, seules l'imprécision des textes et leur trop grande concision ont pu créer le malentendu qui a provoqué les protestations véhémentes du Corps médical au congrès tenu à Paris le 30 novembre dernier, protestation dont nous avons tous eu les échos dans cette Assemblée.

Et cependant, le libre choix, le secret professionnel absolu, le contrôle technique, la suppression de tout forfait, la non-limitation des tarifs au-dessus d'un minimum fixé dans le contrat collectif, la faculté pour les syndicats d'exiger, d'accord avec les caisses, le payement direct du médecin par l'assuré, la liberté de thérapeutique, la représentation des médecins dans tous les organismes d'assurances à tous les degrés, tous ces principes, d'une façon indiscutable, sont contenus dans le texte du Sénat.

D'autre part, la Commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés a exprimé le voeu que dans le règlement d'administration publique soit précisée la pensée du législateur sur l'obligation pour les caisses de traiter avec des syndicats habilités par un organisme central, sur le droit à des honoraires pour les soins donnés aux assurés hospitalisés, sur l'obligation pour les médecins non syndiqués d'adhérer aux clauses du contrat collectif.

Il est vraisemblable que ces questions pourront recevoir une solution favorable dans le règlement d'administration publique, mais, s'il n'en était pas ainsi, les voeux du Corps médical seront certainement inscrits dans un texte de loi rectificatif, puisqu'ils ne soulèvent aucune espèce d'objection.

Sur un point seul - c'est le point névralgique, pour employer une expression médicale - sur un seul point, le Sénat ne donne qu'une

satisfaction partielle au Corps médical ; les syndicats professionnels, dans les contrats collectifs, auront la faculté, d'accord avec les caisses, d'adopter le payement des honoraires médicaux par l'assuré ou par les caisses. En d'autres termes, le payement direct du médecin par l'assuré est facultatif ; il ne constitue pas une obligation[937].

Messieurs, dans une réforme qui comporte déjà bien des obligations, le Sénat n'a pas cru devoir porter atteinte à une liberté dont le respect - je tiens à bien l'affirmer - laisse intacts tous les droits des partisans du payement direct par l'assuré.

Cette question pourra être examinée de nouveau sous la prochaine législature quand sera rédigé un texte rectificatif. Pour le moment, c'est la liberté contractuelle qui a été consacrée par le Sénat et qui est demandée, il faut bien le dire, sinon par le corps médical, corporativement, du moins individuellement par bien des médecins.

La promulgation du projet adopté par le Sénat, interprété par le conseil d'Etat conformément aux voeux exprimés par la commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre, consacrera donc d'une façon légale et définitive tous les principes que le corps médical a déclarés intangibles. Les intérêts des malades et des médecins - je l'ai dit et écrit bien souvent - sont des intérêts solidaires et ils sont parfaitement sauvegardés dans le texte du Sénat.

Aucun trouble n'est apporté dans l'exercice de la médecine. Comme par le passé, fidèle à ses traditions séculaires d'honneur et de dévouement, le médecin pourra accomplir sa mission avec dignité et en pleine indépendance."[938]

Ce texte synthétise à lui seul une grande partie des débats des dix années passées et semble confirmer le rôle déterminant qu'a joué le corps médical dans la construction de la loi et des concessions qui lui ont été faites. Cela amène plusieurs commentaires.

Tout d'abord, M. Antonelli réaffirme la place centrale du corps médical dans l'organisation et le fonctionnement des assurances sociales et plus particulièrement de l'assurance maladie.

Il explique ensuite, qu'en raison de conditions d'exercice variables d'une région à l'autre, le législateur n'a pas souhaité produire un texte de loi trop rigide afin de pouvoir apporter des adaptations, notamment par un règlement d'administration publique. Cela a plusieurs conséquences. S'il est incontestable qu'une certaine souplesse de la loi peut être un avantage lorsqu'il s'agit de l'adapter à des modes d'exercice variés, et que cela laisse une plus grande latitude au corps médical pour défendre ses intérêts, celle-ci engendre toutefois certains inconvénients. Le premier

937 A noter que de nos jours, il semble généralement considéré par la profession médicale que le tiers payant est une option facultative et non le paiement direct.

938 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, pp. 424 - 425. Passages soulignés par nous.

est que le corps médical se voit moins bien protégé par l'appareil législatif, raison pour laquelle, par exemple, certains syndicalistes, dont le Dr Cibrie, ont demandé avec insistance que le paiement direct, et plus généralement l'entente directe, soient inscrits dans la loi, ce qui leur a été refusé. Le second est que si le corps médical peut profiter de cette souplesse, d'autres groupements, dont les caisses, le peuvent aussi avec des objectifs pouvant aller à l'encontre des intérêts défendus par les syndicats médicaux. Donc *in fine* le législateur laisse toute une partie des discussions aux parties prenantes.

Le rapporteur souligne ensuite le rôle incontournable du contrat collectif, devant être accepté par tout médecin souhaitant contribuer à l'assurance maladie, et fermement demandé par l'Union suivant la volonté du Dr Lafontaine. M. Antonelli ajoutera d'ailleurs un peu plus loin dans les débats : "*Il est incontestable qu'il serait infiniment regrettable que trois ou quatre médecins indésirables, affranchis de tout lien professionnel, ne présentant aucune garantie morale ou professionnelle, pussent créer un Syndicat d'occasion - permettez-moi l'expression - destiné à exploiter la médecine des assurances sociales.*"[939] Sur ce point, l'influence du syndicalisme médical paraît considérable. Le syndicat est d'ailleurs instauré comme un interlocuteur incontournable. Il n'est d'ailleurs pas étonnant, dans ce contexte, de voir les syndicats travailler avec de plus en plus d'ardeur sur un projet de code déontologique et sur la création d'un ordre, afin de "moraliser" la profession, notamment dans le contexte des assurances sociales. Il est également intéressant de remarquer que si tout médecin, syndiqué ou non, peut prendre part au système d'assurance maladie, il doit obligatoirement accepter un contrat établi par les syndicats, ce qui restreint son indépendance. Le contrat collectif pourrait donc également se concevoir comme une arme au service du pouvoir syndical. Mais le contrat collectif obligatoire pourrait aussi permettre aux pouvoirs publics de contrôler plus facilement le corps médical en soumettant tous les médecins adhérents à des conditions d'exercice uniformes.

Un autre point capital est la question du paiement direct. Le législateur, comme le souhaitait le Dr Lafontaine et contrairement à ce que semblent souhaiter depuis 1927 les groupements syndicaux, a écarté de la loi le paiement direct exclusif, préférant la liberté contractuelle fermement demandée par l'Union au début des années 1920. Mais, nous l'avons déjà souligné précédemment, et M. Antonelli le suggère également, il semble que la liberté contractuelle émane d'avantage des syndicats locaux et des médecins individuellement que des unions nationales.

Enfin, le rapporteur envisage des modifications du texte de loi, soit par le règlement d'administration publique, soit par un texte de loi correctif, de manière à réduire les points de discorde qui subsistent encore avec le corps médical. Il laisse donc la porte ouverte à de nouvelles négociations avec les unions nationales.

939 Ibid., p. 431.

9.1.2. Un accord en réalité très relatif

On pourrait toutefois se demander si le législateur accepte les conditions du corps médical par conviction, ou s'il souhaite éviter un conflit pouvant remettre en cause le fonctionnement des assurances sociales. La réponse de M. Grinda, président de la Commission du Sénat paraît, sur ce point, sans ambiguïté. Il répond ainsi au questionnement insistant de certains députés :

> "*Pr Pinard - "[...] Mon cher président, permettez-moi de vous adresser une question dont l'importance est extrême : Etes-vous complêmenent d'accord avec le corps médical ?"*
>
> *M. Grinda (Président de la Commission). - "Nous sommes d'accord."*
>
> *Pr Pinard. - "Je voudrais avoir de vous, mon cher président et ami, l'assurance formelle que vous avez accepté les conditions qui vous ont été présentées par une délégation de la fédération*[940] *sociale des syndicats médicaux de France."*
>
> *M. le président de la Commission. - "J'ai répondu à la tribune."*
>
> *Pr Pinard. - "Je vous demande pardon si j'insiste encore, car, si vous n'avez pas le consentement absolu du corps médical, la loi des assurances sociales ne pourra fonctionner."*
>
> *M. le président de la Commission. - "Ma réponse est très nette : elle est pleinement affirmative."*
>
> *Pr Pinard. - "Vous acceptez complètement les conditions du corps médical ?"*
>
> *M. le président de la Commission. - "Je les accepte."* "[941]

Un autre député, M. Gadaud[942], chirurgien en Dordogne, se veut plus nuancé :

> "*M. Gadaud. - "Je me propose de donner, ce soir, à la tribune, lecture des décisions prises au dernier congrès des syndicats médicaux, qui résument le point de vue médical.*
>
> *Le jour où ces décisions seront incorporées dans le texte de loi, le corps médical donnera à son application sa collaboration la plus totale. Nous ne sommes pas tout à fait d'accord avec lui, mais il faut si peu de choses que l'accord se fera j'en suis certain."*
>
> *Pr Pinard. - "Donc, il n'est pas encore fait."* "[943]

M. Gadaud énumère ensuite les différents points de la "Charte médicale" votée par le Congrès des syndicats médicaux et que nous avons cités intégralement

---

940 L'Union précise que c'est ici de la Commission mixte issue du Congrès des Syndicats que le Pr Pinard veut parler (note de bas de page n°1, ibid., p. 426).

941 Ibid., p. 426.

942 Félix Gadaud était un chirurgien, né en 1875 à Périgueux. Il fût député de Dordogne de 1919 à 1929, puis sénateur de 1929 à 1940. (Source : Sénat, Gadaud Félix. En ligne. <http://www.senat.fr/senateur-3eme-republique/gadaud_felix0673r3.html>. Consulté le 10 juillet 2015.)

943 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 426.

plus haut. Il apporte certains commentaires qu'il est intéressant ici de retranscrire. Concernant la décision n°4 ("*Payement direct par l'assuré, en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux.*"[944]), il commente : "*Ici aussi, en se bornant au texte même qui nous est présenté, et en considérant le payement direct comme une possibilité et non une obligation, nous sommes entièrement d'accord.*"[945] Rappelons toutefois que ce qui est justement source de discorde c'est la caractère facultatif du paiement direct. Mais M. Gadaud persiste et conclut de la façon suivante :

> "*Nous sommes d'accord.*
>
> *Le texte de la loi n'interdit nullement ces dispositions. Il suffira de les inscrire dans les règlements d'administration publique qui interviendront…*
>
> *Dans ces conditions, je me demande pourquoi ce refus brutal de collaboration et la forme violente, comminatoire de la lettre*[946] *d'envoi ? …*"[947]

M. Gadaud poursuit en affirmant son souhait de satisfaire le corps médical afin qu'il puisse apporter sa pleine collaboration à l'application de la loi. Il fait notamment référence à l'article 4 modifié par le Sénat - certains syndicalistes disent consécutivement à la scission - et qu'il souhaite voir rectifier dans un contexte de réunification imminente du syndicalisme médical :

> "*A propos de l'article 4, [...] à mon sens, les modifications de l'article, [...] acceptées par nous, assureraient la collaboration pleine et entière du Corps médical. [...] Car fort heureusement pour l'oeuvre législative qui nous tient à coeur, le Corps médical devant la loi est en ce moment unanime. Si, au Sénat, en juin dernier, l'éminent rapporteur de la loi, mon distingué confrère et ami le docteur Chauveau, avait à parler de l'Union des syndicats médicaux de France, de la Fédération nationale des syndicats médicaux de France, du Groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés, aujourd'hui l'union complète a été réalisée par le congrès du 30 novembre dernier. Ce congrès a décidé la création d'un organisme central, organisme fédératif comprenant les trois groupements précités, tout en laissant subsister leur autonomie, et capable d'habiliter les divers syndicats médicaux qui auront à contracter avec les caisses.*"[948]

944 Ibid., p. 427. Propos rapportés par M. Gadaud et retranscrits par l'Union.
945 Ibid., p. 427.
946 M. Gadaud fait ici référence à une lettre envoyée, deux semaine auparavant, à tous les députés par les délégués syndicaux mandatés par le corps médical, à l'issue du Congrès des Syndicats médicaux de France (ibid., p. 426).
947 Ibid., p. 427.
948 Ibid., p. 428.

9.1.2.1. La question de l'entente directe et l'identité libérale de la profession

Il en vient ensuite au coeur de la problématique soulevée par l'entente directe, à savoir l'identité libérale de la profession médicale :

"*L'ensemble des médecins veut que la loi des assurances sociales garde, du point de vue des soins médicaux, une qualité, une hauteur, dont nul ne saurait méconnaître la nécessité !*

D'abord, que, dans le jeu de la loi, la profession médicale demeure une profession libérale. Être une profession libérale, c'est là le caractère intellectuel de la médecine. La médecine, dans la pratique, ne vaut que si elle est exercée librement par le médecin et réclamée librement par le malade. Diagnostiquer, c'est penser, c'est raisonner. On ne diagnostique pas, on ne pense pas par contrainte. Le malade le sait, et il a seulement confiance dans le médecin qu'il a lui-même choisi.

Sans doute on pourrait concevoir une fonctionnarisation des médecins des caisses ; mais, en ce moment, de tous côtés - et pour ma part je m'en félicite - cette conception du médecin fonctionnaire ne prévaut pas.

Notre éminent rapporteur, M. Grinda, l'a proclamé ici même avec beaucoup de force et tout son talent. La loi entend laisser à la profession médicale son caractère de profession libérale. Pas une voix ne s'élève contre à cette tribune. L'accord paraît unanime.

Mais encore faut-il que le texte voté et que les règlements ultérieurs s'ingénient à conserver ce caractère."[949]

Son propos se focalise ensuite sur l'entente directe à proprement parler :

"*Rien n'est plus grave que de proclamer des principes et de s'apercevoir, quand une loi est forgée, qu'elle ne peut jouer qu'en allant à l'encontre même des principes qui l'ont inspirée. C'est ce que les médecins redoutent, même avec la rédaction actuelle de l'article 4. Les mots inscrits ou inclus dans le projet "libre choix du praticien, liberté de confiance du malade" qui résument le point de vue médical, ne leur paraissent pas, de par le texte qui les accompagne, garantir suffisamment les faits. Cette garantie doit être dans la loi. Pour cela, le corps médical estime que, comme dans la pratique courante, malade et médecin doivent se trouver face à face. Que la caisse soit en face du malade pour lui assurer les soins, cela, c'est la loi même. Mais que la caisse soit en face du médecin pour lui imposer des soins, limiter étroitement sa thérapeutique et acquitter ses honoraires, c'est un contre sens. Ou alors il faudrait avouer que la loi entraînera une transformation complète de la pratique médicale. Et c'en sera fini de cette profession libérale que doit exercer et qu'exerce le médecin digne de ce nom, avec tout son dévouement, toute son intelligence et toute sa science. Le corps médical*

949 Idem. Passage souligné par nous.

résume ces rapports entre le malade et le médecin d'une expression qui veut dire : entente directe. Il faut que l'entente directe soit non pas seulement dans l'esprit, mais dans la lettre de la loi. Il ne faut pas que la loi des assurances sociales crée pour ainsi dire deux médecines, la médecine de caisse et la médecine de clientèle."[950]

Certes le député Gadaud n'en est pas encore à proposer d'inscrire le paiement direct dans la loi, comme le souhaiterait le Dr Cibire, mais il se rapproche tout de même des souhaits d'une grande partie du corps médical. N'oublions pas que nombre de députés et de sénateurs sont médecins et ont donc des intérêts à défendre. Selon Patrick Hassenteufel, durant l'entre-deux-guerres, les médecins représentaient 7,5 à 10 % des députés[951].

Par ailleurs, M. Gadaud pointe le risque d'une médecine "à deux vitesses", la médecine de caisse et la médecine - libérale par excellence - de la clientèle. Cela reviendrait inévitablement à remettre en cause le principe fondamental de loi, qui est de permettre un accès aux soins à des catégories sociales modestes avec une qualité équivalente à la "clientèle ordinaire". C'est ainsi que nous avions conclu notre intervention au congrès *Euro Cos* de 2013 à Strasbourg sur les nouvelles vulnérabilités en santé : "*Il convient de constater que la catégorie intermédiaire que constituent les revenus modestes se trouve après 80 ans de progression de la protection sociale, de nouveau la catégorie la plus exclue de l'accès aux soins, rendant ainsi d'actualité une interrogation sur une réinitialisation du geste fondateur de la mise en place des Assurances Sociales.*"[952]

9.1.2.2. Le risque d'une médecine de masse

Puis, M. Gadaud s'oriente vers le risque d'une médecine de masse, souvent pointée du doigt par certains syndicalistes :

"*Une seconde condition, qui serait décevante pour tous, serait que la médecine des assurances sociales devint, comme on l'a dit, une médecine faite en masse, une médecine en gros. La médecine ne se fait pas à l'heure, et ne consiste pas à appliquer à telle déclaration de maladie à peine contrôlée tel remède automatique. Le médecin n'a pas seulement en face de lui des maladies, mais des malades. Chaque malade est un problème, plus ou moins simple, plus ou moins déterminé, demandant plus ou moins de temps d'observation et de réflexion, mais un problème qu'il faut résoudre.*

Ce problème, le médecin doit le résoudre, avec à la base, des connaissances scientifiques accessibles à tous, c'est évident, mais aussi

950 Ibid., p. 429.

951 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 36.

952 Blanck Thomas ; Bonah, Christian, *Constructions et résistances. Retour sur les débats autour des assurances sociales dans la France d'entre deux guerres (1919-1939)*, congrès *Euro Cos* de 2013 à Strasbourg, Paris : Editions de Santé, 2013, pp. 15 - 16.

avec cette note personnelle d'intelligence, de perspicacité, de bon sens qui constitue dans la profession, la part de l'art médical, qui fait la réputation du médecin et qui crée la confiance du malade.

Il ne faut pas détruire cela …

Pour le malade, le nombre des visites ne remplacera jamais la qualité. Si les assurances sociales devenaient une médecine au rabais, elles ne seraient plus qu'une façade, une apparence. Le malade en pâtirait, et aussi la médecine française, si grande et si réputée dans le monde. Et la conquête des assurances sociales si juste, si nécessaire, si tardive, et que la société attend de la démocratie, ne serait bientôt, comme beaucoup d'autres conquêtes, qu'une illusion et une tromperie. L'égoïsme de chacun, médecin et malade, dominerait bientôt, et aurait vite fait de détruire les liens de solidarité permanente et soutenue que doit créer et consolider la loi."[953]

Sur ce point M. Gadaud semble bien en accord avec le corps médical syndiqué, même si, comme le rappelle Henri Hatzfeld, la question de la qualité de la médecine française n'est sans doute pas l'élément central des débats.

9.1.2.3. La réorganisation du système hospitalier

Il poursuit en abordant les modalités d'exercice dans les hôpitaux et les établissements de santé, ainsi que le rôle de ces établissements en matière de prévention. C'est un point qui prendra une importance capitale entre 1928 et 1930 ; nous allons y revenir. Il reprend pour partie les propos de M. Grinda :

"*Notre honorable collègue Grinda le dit assez dans ses commentaires du projet de loi. Pour lui les caisses arriveront à créer rapidement des hôpitaux, des maisons de cure, des établissements préventifs. Et cela même, en plaçant les malades dans les conditions les meilleures, l'organisation des assurances sociales procurera des guérisons plus complètes, réduira la durée des maladies, en arrêtera la diffusion. En cela, la médecine thérapeutique et la médecine préventive se rejoindront.*

Cela est fort bien. Mais quel sera, vis-à-vis du Corps médical, le statut de ces établissements ? La loi ne le précise pas. Le règlement d'administration publique devra l'établir en toute minutie.

Le Corps médical ne voit pas clairement cette organisation future, et s'en inquiète. Si, en effet, les établissements de l'assistance publique, comme les établissements charitables qu'ils sont, doivent tout, gratuitement, hospitalisation, pharmacie, médecin titulaire et responsable de son service aux indigents qui n'ont en rien contribué aux frais d'organisation des services, les établissements des caisses d'assurances sociales seront, pour une large

953 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 429.

part, pour la plus large part, fondés et entretenus par les ressources qu'auront apportées les intéressés eux-mêmes.

Si l'assuré désire, dans ces établissements, le médecin de son choix, celui en qui il a mis sa confiance, ne sera-ce pas son droit strict de l'appeler ? Et s'il l'appelle, la visite médicale ainsi faite ne rentrera-t-elle pas dans le cadre des visites médicales prévues par la loi, en apportant, en outre, des commodités particulières au médecin traitant par l'organisation hospitalière et le groupement des malades ?

Ne devrons-nous pas prévoir, et prévoir législativement l'heure très proche où chaque hôpital comprendra deux parties : la partie administrée d'après le mode actuel, la partie assistance qui ira diminuant sans cesse, si la loi joue bien, si le domaine de l'assurance empiète peu à peu, comme il faut l'espérer, sur le domaine de l'assistance au point de l'absorber un jour presque complètement ; et la partie assurance, établie sur le type des maisons de santé actuelles, où le malade continuera à se faire soigner par son médecin et pourra rester son client ? La encore apparaissent certaines difficultés, non complètement résolues, qui préoccupent le Corps médical…"[954]

Pour ce qui est de l'organisation hospitalière, la crainte du corps médical semble avoir été largement perçue par le législateur. Toutefois, l'ébauche de solution apportée par M. Gadaud, consistant à faire intervenir les médecins dans les établissements de soins dans des conditions similaires à l'exercice libéral de cabinet afin de conserver le libre choix défendu par le corps médical, peut sembler, avec le recul que nous avons, difficile à mettre en oeuvre. Cela impliquerait notamment un nombre d'intervenants considérable (chaque patient pouvant choisir un médecin différent), chaque intervenant devant pouvoir se rendre auprès de son malade à tout moment du jour ou de la nuit. Sans compter qu'un médecin pourrait avoir des patients disséminés dans nombre d'établissements différents. Le libre choix, dans le sens de l'époque, implique donc de mettre en rapport un patient unique avec un médecin unique, respectant certes le colloque singulier médecin-malade, mais à l'évidence difficile à réaliser en pratique en milieu hospitalier.

9.1.2.4. La liberté contractuelle

Enfin, messieurs Antonelli et Gadaud abordent la question de la liberté contractuelle (sous-entendant la possibilité du tiers payant) face à l'entente directe et au paiement direct. A ce sujet, voici l'analyse de M. Antonelli :

"*Il est certain que des arguments également puissants peuvent être invoqués pour les deux systèmes. Au point de vue doctrinal pur, M. Gadaud à raison. Le médecin est essentiellement individualiste. Il ne connaît que son*

954 Ibid., pp. 429 - 430.

malade, que son client. Il ne peut pas traiter avec des caisses d'assurances des questions qui n'intéressent que lui et son malade.

Voilà l'objection doctrinale pure. Cet argument est très puissant. Mais, d'autre part, comment ne pas tenir compte de la difficulté qu'il y a à demander à l'assuré d'avancer les fonds pour payer les honoraires médicaux et de se faire rembourser après par des caisses ?

Il n'est pas de médecin qui ne sache qu'avec la maladie, sa fidèle compagne, la misère entre dans les foyers et que, dans ceux où il y a quatre ou cinq enfants, on n'arrive à assurer le pain quotidien que par des miracles de travail et d'économie ingénieuse.

Quand le médecin rédige une ordonnance, il se préoccupe surtout de savoir comment l'assuré pourra acheter les médicaments. De ses honoraires, il n'est pas question. Il serait plutôt tenté, dans certains cas, de laisser un secours en s'en allant.

Avec le payement par la caisse, le médecin n'aura plus à se préoccuper de ses honoraires, car il sera sûr d'être payé.

Sur ce point, un désaccord partiel persiste, mais nous sommes bien près de l'accord complet qui nous assurera la collaboration joyeuse, sans réserve, du Corps médical."[955]

L'argument en faveur du tiers payant, développé par M. Antonelli est qu'il assurerait aux médecins le paiement de leurs honoraires, en d'autre termes qu'il solvabiliserait les assurés. Rappelons que le Dr Lafontaine avait lui-même reconnu cet avantage par le passé, ajoutant que dans les régions où le tiers payant était appliqué (dans le cadre des lois de protection sociale) les médecins gagnaient d'avantage que par le paiement direct. Le refus du tiers payant par une large part du corps médical, au profit du paiement direct, laisse donc supposer que les combats des médecins ne sont pas guidés par des considérations pécuniaires, mais bien d'avantage par une volonté de préserver l'indépendance, l'autonomie et la liberté de la profession, donc son caractère libéral.

Du discours de M. Gadaud et des remarques de M. Antonelli ressortent finalement deux problématiques essentielles : d'une part, la conciliation de l'entente directe et du paiement direct avec les principes fondamentaux de la loi et, d'autre part, la conciliation de l'activité libérale avec les contraintes organisationnelles des établissements de soins et du libre choix. Rappelons que sur ce second point, les craintes du corps médical se rapportent principalement aux difficultés rencontrées pour faire supprimer le "tout compris" - que nous avons déjà abordé - dans le cadre des soins hospitaliers apportés aux accidentés du travail. S'ajoute, parallèlement, une troisième difficulté, mais existant d'avantage au sein du syndicalisme qu'entre celui-ci et les pouvoirs publics, à savoir la dualité entre "paiement direct" exclusif et liberté contractuelle. Il ressort finalement de ces deux points de discorde que c'est ici

955 Ibid., p. 432.

essentiellement l'identité libérale de la profession, encore en construction, que le corps médical syndiqué entend préserver.

9.1.3. Vers une coopération du corps médical

Mais, s'il subsiste des difficultés, les craintes du corps médical semblent avoir été entendues, raison pour laquelle, le Dr Cibrie, dans une lettre adressée au député Gadaud, assure à celui-ci la collaboration pleine et entière du syndicalisme médical au travers d'un groupement unique[956] :

> "*Mon cher ami, je vous remercie d'avoir bien voulu me communiquer le texte de la déclaration que vous comptez faire à la tribune de la Chambre au nom du Corps médical organisé tout entier, dont je vous ai transmis la délégation régulière. Nous sommes bien d'accord. Aux conditions que vous énumérez et qui sont condensées dans le texte que vous lirez, des décisions du Congrès des Syndicats médicaux de France, le Corps médical collaborera de toute sa science et de toute sa conscience au perfectionnement de la loi.*
>
> *Croyez-moi votre bien cordialement dévoué.*
>
> *Dr P. Cibrie, secrétaire pour les assurances sociales de la Commission permanente du Congrès des Syndicats médicaux de France.*"[957]

Toutefois, certains députés semblent douter de la bonne volonté affichée ici par le corps médical par l'intermédiaire de Paul Cibrie, ou plutôt de la capacité du législateur à donner satisfaction aux médecins. C'est notamment le cas de M. le député Camille Blaisot, député du Calvados et membre de l'Union républicaine démocratique[958] :

> "*Je suis obligé d'être septique lorsque j'entends M. le rapporteur Antonnelli dire à la tribune : Nous sommes d'accord avec les médecins sur tous les points de leurs revendications.*
>
> *Comment ! Vous êtes d'accord avec les médecins ? Mais c'est précisément après avoir pris connaissance de votre texte qu'ils nous envoient une lettre dans laquelle ils nous disent qu'ils se refusent, s'il n'est pas modifié, à collaborer à l'application de la loi ! …*
>
> *J'entends bien, que M. le docteur Gadaud, dans un esprit de conciliation, après avoir marqué, à la tribune, les inquiétudes du Corps*

956 Selon les conditions énumérées par le Congrès des Syndicats médicaux dans la Charte médicale.

957 Ibid., p. 430. Passage souligné par nous.

958 Assemblée nationale, *Camille, Charles, Auguste Blaisot*, en ligne. <http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/(num_dept)/842>. Consulté le 29 octobre 2015. Camille Blaisot fut également avocat au barreau de Caen et Ministre de la Santé publique et des Sports du 27 janvier 1931 au 3 juin 1932 dans les gouvernements de Pierre Laval et André Tardieu. Il est mort pour le France le 24 janvier 1945 en déportation au camp de Dachau en Allemagne.

médical, nous dit : J'ai une lettre de M. le docteur Cibrie, qui est d'accord avec moi sur ce que je viens de dire…

Et puis, quelle est la sanction efficace du discours de M. le docteur Gadaud ? Il n'y en a pas.

Ce matin, M. le professeur Pinard a posé la question par oui ou par non. Il a dit à M. le docteur Grinda, rapporteur du projet : "Je ne veux pas de littérature ni de réponse évasive, dites-moi si vous êtes capables, oui ou non, de mettre dans un texte votre accord avec le Corps médical français ?"

Je suis obligé de reconnaître que sur les bancs de la commissions, il y a eu une gêne profonde, qui s'est finalement traduite par le silence. Aucune réponse n'a été donnée…

Ma conclusion est qu'avant d'arriver au vote de l'ensemble, il faudra qu'une explication claire nous soit donnée par la commission, pour que chacun d'entre nous ait la certitude que les difficultés de forme et de fond sont aplanies avec les représentants mandatés du Corps médical français... "[959]

M. Blaisot est incontestablement dubitatif sur le fait que le législateur et le corps médical aient pu totalement s'accorder. Mais parallèlement, il semble assurer - à demi mots - au corps médical, que le texte de loi ne sera pas voté avant que le législateur n'ai pu s'assurer de sa collaboration pleine et entière. M. Antonelli va dans le même sens et parle d'une "*collaboration qui nous est d'ailleurs indispensable. Rien ne sera changé à l'exercice de la médecine par la loi sur les assurances sociales, qui aura les répercussions les plus heureuses sur la santé publique et sur la science médicale elle-même.*"[960] C'est également l'avis du Ministre du Travail, Louis Loucheur, qui s'exprime un peu plus loin en des termes similaires[961], et ajoute au sujet des revendications formulées par les médecins : "*La plupart des autres*[962] *réclamations formulées par les médecins pourront être examinées lors de l'élaboration des règlements d'administration publique. Elles le seront avec le souci constant de leur donner le maximum de sécurité qu'ils puissent légitimement désirer. Je ne doute pas qu'après cela, nous n'obtiendrons leur concours tout entier…*"[963]

Cela donnera bien sûr du poids au groupement syndical unique dans la suite des débats et notamment en ce qui concerne le règlement d'administration publique et le texte de loi rectificatif à venir.

---

959 USMF, Le Médecin Syndicaliste, 1928, p. 431.

960 Ibid., p. 432.

961 Idem.

962 Le Ministre du Travail juge certaines craintes des médecins infondées. Il voit leur source dans une mauvaise interprétation de la loi.

963 Ibid., p. 433.

9.1.4. La discussion par article

Après ces considérations générales vient le temps, pour les députés, de discuter le texte de loi article par article. L'Union ne reproduit pas, pour des raisons évidentes de volume, l'intégralité des débats pour l'ensemble des articles, mais se focalise sur les plus importants aux yeux du corps médical - à savoir les numéros 1, 4 et 6.

L'Union rapporte tout d'abord les débats[964] autour de l'article 1er, paragraphe 2. Le député de la Seine-Inférieure, Robert Thoumyre[965], membre de la Gauche républicaine démocratique, fait remarquer l'imprécision du texte :

> "*Le paragraphe 2 de l'article 1er, déterminant les bénéficiaires de la loi, fait allusion à la rémunération du salarié qui ne doit pas dépasser 18.000 fr*[966]*. Ce mot de "rémunération" est, dans mon esprit, assez vague. [...]*
>
> *Il me semble qu'il y a dans ce texte certaines lacunes, ainsi que je l'ai dit devant la commission. D'après les rapports de M. Chauveau, du Sénat, de M. Antonelli et de M. Grinda à la Chambre, la loi doit s'appliquer aux travailleurs qui vivent principalement de leur salaire. La loi vise les petits salariés, ceux dont le salaire ne dépasse pas 18.000 fr. et qui n'ont guère d'autres ressources. Le texte actuel, en employant ce mot vague de rémunération, semble permettre à quelqu'un qui n'est imposé à la cédule des salaires que pour 12.000 fr., mais jouissant d'une certaine fortune à la suite d'un héritage, par exemple, et quoique ayant même 100.000 francs de revenu, d'être assuré obligatoire. Cependant la loi n'est pas faite pour lui.*"[967]

A cette remarque le Ministre du Travail répond : "*Un règlement d'administration publique précisera ce point.*"[968]

Rappelons que l'Union avait soulevé la même remarque lors des premiers projets de loi. Et ce point n'est pas d'une importance secondaire pour le corps médical. En effet, ce paragraphe détermine le cercle des bénéficiaires de la loi du point de vue de leurs ressources financières. Si le plafond d'affiliation est trop bas, on peut penser que des travailleurs n'ayant que de faibles revenus, trop faibles pour avoir un accès facile aux soins, seront exclus de la loi. Ces derniers n'auront donc pas les moyens de consulter un médecin, ce qui représente un manque à gagner pour le corps médical. Si à l'inverse ce plafond est trop haut, un certain nombre de

964 L'Union cite la source suivante : J.O. 15 mars 1928, Déb. Parl. n°34, p. 1477 - col. 1 et 2.

965 Sénat, *Thoumyre Robert*, en ligne. <http://www.senat.fr/senateur-3eme-republique/thoumyre_robert1579r3.html#1889-1940>. Consulté le 29 octobre 2015. Il fut sous-secrétaire d'Etat au Commerce et à l'Industrie du 20 janvier 1920 au 16 janvier 1921. Il sera Ministre des Pensions du 13 décembre 1930 au 22 décembre 1930 et sénateur de la Seine-Inférieure de 1932 à 1944.

966 La dernière version du projet de loi donnait un chiffre de 12 000 fr. Une modification semble avoir été apportée ici par le Sénat.

967 Ibid., p. 433.

968 Idem.

travailleurs, plus aisés et qui entraient anciennement dans le champ de la “clientèle ordinaire”, seront couverts par le système d’assurance avec des tarifs de consultations contrôlés - d’une manière ou d’une autre - par les caisses. Là encore, cela entraîne une perte de revenu pour les médecins. C’est la raison pour laquelle ce plafond devrait être précisément ajusté pour servir au mieux les intérêts de la profession. Mais on remarquera toutefois que les syndicats se contentent de relever l’imprécision du texte sans proposer de valeur pour ce plafond d’affiliation. Une explication possible est que les médecins ne suivraient pas une logique de maximisation des profits. C’est ce que soutient d’ailleurs Jean Ducos dans sa thèse sur l’économie de la médecine libérale :

> “*Peut-on dire qu’ils [les médecins, NDLR] cherchent à maximiser leur situation économique ? L’analyse historique montre qu’il n’en est pas ainsi. En effet, s’ils étaient des agents économiques maximisateurs, ils n’auraient pas rejeté partiellement la loi sur l’aide médicale gratuite de 1893. Surtout, ils n’auraient pas combattu comme ils l’ont fait le projet de loi sur les assurances sociales de 1928-1930, car celui-ci solvabilisait plus de huit millions d’assurés sociaux, ce qui, avec les ayants droit, représentait près de la moitié de la population française. [...] Les syndicats sont d’abord des agents sociaux rationnels, ils défendent l’autonomie professionnelle [...].*”[969]

En effet, les médecins n’ont jamais témoigné publiquement une attention particulière au fait que les assurances sociales “solvabilisaient” une large part de la population qui, auparavant, n’avait que peu ou pas accès aux soins. On peut également y voir un lien avec la théorie défendue par Henri Hatzfled et selon laquelle le corps médical aurait masqué certains intérêts afin de ne pas nuire à son image.

Dans les différents projets de loi, et dans le texte de 1928, les plafonds proposés sont relativement bas, laissant une plus grande part de la population dans le champ de la “clientèle ordinaire” et donc de l’entente directe. Les médecins semblent suivre avant tout une logique de professionnalisation structurée autour d’une l’identité libérale impliquant une certaine indépendance. L’entente directe symbolise cette indépendance, dans la mesure où elle exclut tout intermédiaire entre le médecin et le malade, notamment l’intermédiaire des caisses.

Les députés en viennent ensuite à la discussion de l’article 4[970], dont la modification par le Sénat avait donné lieu à de vives réactions au sein du corps médical syndiqué et au-delà. Rappelons que l’article 4 concerne les soins médicaux donnés aux assurés, d’où son importance capitale. M. Gadaud entame le débat en ces termes :

---

969 Ducos, Jean, *L’économie de la médecine libérale*, thèse de doctorat en sciences économiques, Paris : Université Paris Dauphine, 2010, p. 131.

970 L’Union cite les sources suivantes : J.O. p. 1483 - col. 3 ; p. 1489 - col. 1 et 2.

"*Nous avons déjà, à la fin de la discussion générale ...*[971] *abordé en réalité, la discussion de l'article 4, qui a trait aux soins médicaux donnés aux assurés. Un de nos collègues a même pu dire que cette discussion avait amené dans son esprit un trouble profond. Il est donc nécessaire d'y revenir.*

Nous avons fait observé que les médecins, dont la collaboration est si utile au bon fonctionnement du régime institué par la loi, ont indiqué, dans leur congrès, un certain nombre de dispositions.

Ils ont dit :

"Si ces décisions sont incorporées dans le texte de l'article, le Corps médical collaborera de la façon la plus complète et la plus entière au fonctionnement de la loi. Si elles ne sont pas incluses dans l'article 4, la situation se présentera d'une toute autre façon."

Les décisions du congrès médical du 30 novembre dernier sont-elles incluses dans le texte actuel de l'article 4 ? Toute la question est là ?

M. le président de la Commission nous a déclaré : "Oui, les décisions du Corps médical sont incluses dans l'article 4."

Moi, je vous dis non, et voici pourquoi !

Comment en effet, concilier les phrases suivantes ?

Au paragraphe 2, le texte dit : "L'assuré choisit librement son praticien." Puis au paragraphe 3 :

"Au cas où il désire faire appel à un autre praticien, ou en général, à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé."

Ce sont là des textes qui consacrent, en effet, les principes correspondant à ce que le Corps médical appelle l'entente directe.

Mais, si nous lisons le paragraphe 4, nous y voyons au contraire que "les prescriptions en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels."

Arrêtons-nous sur ces mots "tarifs locaux". Que signifient-ils ? Sont-ils limitatifs et engagent-ils d'une façon absolue pour le prix des soins donnés les caisses et les syndicats professionnels ?

S'il en est ainsi, il est certain que les médecins qui accepteront ces tarifs seront les médecins des caisses et que ceux qui ne les accepteront pas seront exclus des caisses ; les assurés ne pourront recevoir leurs soins. Alors le libre choix affirmé au paragraphe 2 n'a plus aucun sens.

971 L'Union ne retranscrit pas intégralement les propos de M. Gadaud.

Pour que le principe de l'entente directe soit sauvegardé, il est nécessaire que les mots "tarif local" veuillent dire : montant, quantum de la participation de la caisse aux soins médicaux.

Si c'est là l'interprétation du texte, et si M. le Rapporteur nous l'affirme, ce sera déjà un grand point élucidé."[972]

En somme, selon M. Gadaud, pour que l'entente directe soit respectée - ce qui est une condition à la collaboration du corps médical -, il faudrait que les tarifs soient des tarifs de responsabilité des caisses et non des tarifs limitatifs. Il poursuit et soumet une proposition de texte rectificatif plus à même de satisfaire le corps médical :

"*[...] Vous entendez bien que si j'ai repris la parole sur l'article 4 c'est avec le désir ardent de voir le Corps médical collaborer largement à l'application d'une loi que nous voulons aussi parfaite que possible - et permettez-moi, mon cher Rapporteur, de vous donner lecture d'un texte comportant des modifications à l'article 4. S'il était adopté dans un texte rectificatif, il refléterait mieux - c'est d'ailleurs une opinion personnelle que j'exprime et non celle des Syndicats médicaux que je n'ai point consultés - les décisions du dernier Congrès médical.*

Si ces modifications étaient adoptées il en résulterait, me semble-t-il, un grand apaisement, ce pourrait être le prélude d'un excellent fonctionnement de la loi.

Voici le texte que je proposerais :

"Art. 4. - 1. L'assurance-maladie couvre dans la mesure et selon les modalités indiquées au paragraphe suivant les frais de médecine générale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans.

2. L'assuré choisit librement son praticien.

3. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

4. La participation des caisses aux soins donnés soit à domicile soit dans un milieu hospitalier ou technique est réglée par la caisse à l'assuré, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région.

Ces tarifs, le quantum de participation des caisses, communiqués à titre indicatif aux médecins par les caisses, ainsi que les modalités d'application de la loi et toutes autres conditions jugées utiles sont inscrits dans les contrats collectifs entre les caisses et les syndicats professionnels habilités par leur union nationale.

5. L'assuré règle directement les honoraires de son médecin. Dans ces honoraires, le montant de participation de l'assurance est versé au

---

972 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, pp. 433 - 434.

médecin par le malade sous forme d'un bon payable soit au siège de la caisse locale, soit à un compte de chèques postaux ; le taux de la participation des assurés aux frais pharmaceutiques et autres et uniformément fixé à 15 %. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

6. Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurance pourra être autorisée sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales à augmenter le montant de participation des caisses aux frais supportés par les assurés, ainsi qu'à réduire le délai de carence prévu à l'article 5. Le fond de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés."

(Les paragraphes 7, 8 et 9 sans changement.)"[973]

Ce texte correctif serait donc en mesure de donner satisfaction au corps médical en ce qui concerne les tarifs et l'entente directe. Mais pour l'heure, la question du paiement direct reste en suspend, comme le souligne le Président de la Commission :

"*En ce qui concerne les tarifs, je puis vous donner tout apaisement. Ces tarifs ne sont pas limitatifs : ils représentent, en quelque sorte la participation des caisses dans les honoraires.*

Ces tarifs sont indispensables, car sans eux les caisses ne pourraient pas établir leurs prévisions budgétaires.

[...] Ainsi le Corps médical reçoit satisfaction sur cinq des revendications qui ont été formulées au Congrès du 30 novembre 1927.

[...]

Sur un seul point, le Corps médical n'a pas satisfaction complète. Le système du "payement direct" n'est pas obligatoire, il est facultatif. Cette question ne pourra être réglée conformément aux voeux qui ont été exprimés, que sous la prochaine législature, dans un texte rectificatif.

Je tiens cependant à vous donner un avis personnel. Je ne crois pas que le payement direct doive être écarté ; il peut même être rendu obligatoire à une seule condition, c'est que le payement des honoraires ne soit pas fait en espèces par les assurés ; bien souvent les assurés ne pourront faire l'avance de ces honoraires. Il faudrait, je crois, revenir au système, que nous avions proposé sous la précédente législature, du payement par un bon, par un ticket, sorte de chèque, remboursable soit à la caisse, soit dans un établissement de crédit, soit à un compte de chèques postaux. De cette façon, l'assuré ne sera pas obligé de faire l'avance des frais médicaux, avance que, dans bien des cas, il ne pourra pas faire. Ce payement par un bon ou par un ticket aura l'avantage de permettre de contrôler efficacement la

973 Ibid., pp. 434 - 435.

participation des assurés aux frais. Il évitera aux médecins toute comptabilité et tous aléas dans le règlement de leurs honoraires."[974]

Mais il ne semble pas s'agir là d'un vrai paiement direct, du moins pas dans le sens où pourrait l'entendre le corps médical. Si l'assuré "paye" le médecin avec des bons fournis par les caisses c'est au final la caisse qui paye le médecin. Ce bon correspondrait donc à un équivalent de "feuille de soins" actuelle ou "carte vitale" par le biais duquel se ferait tout de mène une sorte de tiers payant. Le législateur semble voir dans le paiement direct la simple intervention de l'assuré dans le processus de paiement, alors que l'identité libérale défendue par la profession médicale refuse tout intermédiaire entre le médecin et le patient, intermédiaire prenant ici la forme, non pas de la caisse en elle-même, mais d'un bon qui la représente. Il ne semble donc absolument pas sûr que le corps médical se satisfasse de cette proposition, qui n'exclue pas absolument toute forme de tiers payant, même à minima. C'est ce que souligne le député Camille Blaisot, dans une discussion avec M. Gadaud et le président de la Commission :

"*M. Camille Blaisot. - "... Il est un point que je vous ai signalé et qui ne me semble pas encore réglé. Je le recommande à l'attention vigilante du Rapporteur et du Gouvernement. Il s'agit du "payement direct". [...]*

Bien que n'appartenant pas à leur profession [celle des médecins, NDLR], ce qui me permet d'être précisément très objectif, je crois bien comprendre qu'ils craignent par-dessus tout d'être transformés assez vite en véritables fonctionnaires des caisses d'assurances, de perdre le contact indispensable et complet avec leur clientèle…"

M. le président de la Commission. - "... Les deux Chambres se sont préoccupées de conserver à la profession de médecin son caractère essentiellement libéral. Le médecin ne doit pas devenir un fonctionnaire. Cela a été notre souci constant… Nous croyons avoir parfaitement réussi et nous sommes sûrs d'avoir sur ce point l'approbation entière du Corps médical, car nous voulons nous montrer respectueux des traditions séculaires de notre profession."

M. Gadaud. - "Oui, si vous apportez à l'article 4 les modifications demandées."

M. Camille Blaisot. - "Vous croyez, Monsieur le Président de la Commission, y avoir réussi, alors que nous pensons que vous avez échoué." "[975]

Il est tout à fait intéressant de constater que la critique vient d'un député non médecin, alors même que les députés qui appartiennent à la profession semblent affirmer que l'identité libérale de la médecine a pu être préservée. Toujours est-il que dans les débats parlementaires de mars 1928, c'est la question du paiement direct qui demeure la plus difficile à résoudre.

974 Ibid., pp. 435 - 436.
975 Ibid., p. 436.

Enfin, les députés en viennent à l'article 6, qui concerne la rémunération des médecins en milieu hospitalier. Ils semblent vouloir le réécrire intégralement :

"*M. Lefas. - "... Il y aura donc lieu de remanier le texte de l'article 6 tout entier."*

M. le président de la Commission. - "Nous sommes d'accord."

M. Lefas. - "En même temps, il y aura lieu d'indiquer, dans le paragraphe 2 que les frais qui seront à la charge de la caisse ne seront pas uniquement basés sur le tarif des hôpitaux, car dans ce cas, les opérations chirurgicales ne seraient jamais rémunérées. Il y aura lieu de préciser quelle pourra être cette rémunération.

En réalité, c'est un texte nouveau de l'article 6 qu'il faudra nous présenter. Ce sera l'oeuvre de la rectification promise." "[976]

Cela fait écho au "tout compris" en ce qui concerne les tarifs hospitaliers dans le cadre des accidents du travail et que les médecins craignaient de voir étendre à l'ensemble des assurances sociales. Sur ce point encore, et même s'il faudra probablement attendre un texte rectificatif, les revendications du corps médical semblent avoir été entendues.

Finalement, les députés entendent modifier le texte de loi pour donner satisfaction aux conditions exprimées lors du Congrès des Syndicats Médicaux de France de novembre 1927, congrès qui constitue la première étape de la réunification du syndicalisme médical français. La bonne volonté affichée par les parlementaires et la promesse d'une rectification prochaine de la loi, rendent cette réunification plus que jamais nécessaire afin que le corps médical soit suffisamment fort et influant pour obtenir la reconnaissance de son identité libérale dans la loi. De plus, les récentes avancées obtenues par les syndicats permettent aux médecins de reprendre confiance dans le syndicalisme. Mais il demeure un écueil, nous l'avons dit, c'est le paiement direct. Nous y reviendrons.

9.2. Le vote de la loi par la Chambre

Le 15 mars 1928, la loi sur les assurances sociales venant du Sénat est votée par la Chambre des députés à l'unanimité[977]. Malgré la bonne volonté affichée par les parlementaires, la loi est votée sans aucune modification. Selon Raoul et Edgard Lantzenberg, deux avocats français ayant étudié les assurances sociales, la Chambre à estimé qu'il valait mieux réaliser immédiatement une loi perfectible que

976 Ibid., p. 437

977 Ibid., p. 169. Le texte est adopté par 463 voix pour et 2 contre et à l'unanimité de 465 voix après rectification. Voir également Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 261.

promettre une loi parfaite.[978] L'entente directe, notamment, n'y est pas inscrite comme l'auraient souhaité les syndicats de médecins, tout en gardant à l'esprit que le rapporteur de la Commission du Sénat la jugeait possible en l'état.

La principale raison à ce vote en l'état est qu'une modification du texte aurait nécessité un nouvel examen par le Sénat, retardant d'autant l'application de la loi dans un contexte de pressions exercées par certains syndicats ouvriers (la CGT principalement) pour une application rapide[979]. Étant donné la masse électorale que représente la population ouvrière, directement et principalement concernée par la loi sur les assurances sociales, le gouvernement préfère sans doute éviter que les débats ne s'éternisent. A noter que peu d'auteurs abordent cette question avec précision.

Mais le vote du texte de loi en l'état ne veut pas dire que le gouvernement coupe court à toute possibilité de négociations avec le corps médical. En effet, il reste à établir le règlement général d'administration publique précisant les modalités d'application de la loi et par le biais duquel les syndicats pourraient encore faire entendre leurs revendications, notamment en ce qui concerne le paiement direct. Cette possibilité paraît d'autant plus crédible que, pour le Ministre du travail, Louis Loucheur, et le rapporteur du projet de loi, la majorité des revendications inscrites dans la charte médicale de 1927 serait déjà inscrite dans la loi.

De plus, comme l'ont répétés le Ministre du travail et certains parlementaires, un texte de loi rectificatif serait d'ores et déjà envisagé. Cela ouvre bien entendu une autre possibilité au corps médical organisé pour faire entendre ses revendications au premier rang desquelles se trouve toujours l'entente directe.

9.3. Le contenu de la loi

Comme précédemment, nous allons reprendre les aspects les plus important de la loi[980].

En ce qui concerne le cercle des assurés, le plafond d'affiliation est fixé à 18 000 fr. par an, ce qui étend le cercle des assurés par rapport aux projets précédents. Ce chiffre est augmenté de 2000 fr. par enfant à charge à partir du deuxième enfant et diminué de 3000 fr. pour les salariés sans enfant à charge. L'affiliation cesse à l'âge de 60 ans.

---

978 Liek, Erwin, *Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier*, traduction de Raoul et Edgard Lantzenberg, Paris : Payot, 1929, *avertissement des traducteurs*, p. 11.

979 Voir Leclerd, Pierre, 1996, op. cit., p. 251.

980 Ce paragraphe se base sur les sources suivantes : Fédérations nationale de la mutualité et de la coopération agricole, *Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales - journal officiel du 12 avril 1928*, Paris : Fédérations nationale de la mutualité et de la coopération agricole, 38 p. et Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 262 - 270.

Les métayers sont assimilés à des salariés et peuvent bénéficier du système d'assurance, tout comme les étrangers qui résident en France.

Une loi spéciale déterminera les modalités d'application de la présente loi aux départements du Bas-Rhin du Haut-Rhin et de la Moselle ; plus aucun délai n'est indiqué.

Pour ce qui est des prestations, l'assurance obligatoire couvre les risques maladie, maternité, invalidité, chômage, vieillesse et décès. Une assurance facultative est possible.

L'assurance maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires, pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans. Le délai de carence est de 6 jours et la participation des assurés aux frais médicaux est fixé entre 10 et 15 %. En cas d'arrêt de travail, une indemnité journalière est versée égale au demi salaire moyen quotidien.

Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assuré et la femme de l'assuré bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques comme précisées pour l'assurance maladie. *Idem* pour l'indemnité journalière versée entre six semaines avant et six semaines après l'accouchement. Une prise en charge spéciale des grossesses pathologiques est prévue. Il existe également une allocation pour l'allaitement.

L'assurance invalidité prend le relais de l'assurance maladie au bout d'une durée de 6 mois ou en cas d'accident avec consolidation des blessures. Les prestations sont les mêmes qu'en cas de maladie. S'y ajoute une pension dont le montant est fixé pour 5 ans en fonction du degré d'invalidité. La pension est supprimée si la capacité de travail dépasse 50 %.

En cas de chômage l'assuré perçoit, pour une durée maximum de trois mois par période de douze mois, des cotisations de 10 % du salaire calculé suivant les règles établies pour l'assurance-maladie.

L'assurance vieillesse prévoit une pension de retraite pour les salariés après 60 ans.

En cas de décès, un capital est versé aux ayants-droit correspondant à 20 % du salaire annuel moyen de l'assuré.

En ce qui concerne le financement, les ressources des assurances sociales sont constituées, en dehors des contributions de l'Etat, par un versement égal à 10 % du montant global des salaires jusqu'à concurrence du maximum de 15.000 fr. : 5 % à la charge de l'assuré retenus lors de sa paye et au moins une fois par mois, 5 % à la charge de l'employeur.

Le financement n'a donc pas changé depuis le dernier projet de loi. A noter toutefois que l'assurance facultative est rendu possible dans une plus large mesure.

L’organisation des assurances est confiée à des caisses départementales uniques. Ces caisses doivent fonctionner sous le régime de la loi du 1er avril 1898, régissant les sociétés de secours mutuel.

Ces caisses contrôlent les caisses primaires qui doivent exister depuis au moins 6 mois avant l’entrée en application de la loi et compter au moins 100 000 assurés. Les syndicats professionnels et les sociétés de secours mutuel peuvent fonder des caisses d’assurance.

Les caisses départementales sont contrôlées par l’Office national des assurances sociales qui dépendent du Ministère du Travail.

Enfin, en ce qui concerne les modalités de coopération avec le corps médical, comme précédemment, elles concernent essentiellement l’assurance maladie et sont régies par l’article 4.

Le libre choix du médecin est inscrit dans la loi.

Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. S'il n'y a pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci choisit parmi les praticiens qui résident dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien ou, en général, à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels. Il n’est pas précisé si ces tarifs sont limitatifs ou non. Leur montant est supporté par la caisse ou remboursé par elle à l'assuré suivant les conditions déterminées dans les contrats. Ainsi la loi ne retient pas le paiement direct comme mode exclusif de versement des honoraires.

Par ailleurs, rien ne semble faire obstacle au secret professionnel ni à la liberté de prescription, même si ces deux points ne sont pas inscrits dans la loi.

Dans son numéro du *Médecin Syndicaliste* de mai 1928, l’USMF publie l’intégralité de la loi du 5 avril sur les Assurances Sociales. En raison de la longueur de ce texte (environ 30 pages), nous ne pouvons pas le reproduire ici intégralement, et nous en reportons l’essentiel à l’annexe n° 9.

9.4. La réaction du corps médical

Contrairement aux projets de loi précédents, le vote de la loi ne paraît pas susciter de réaction particulièrement vive de la part des syndicats médicaux. Peut-être est-ce parce que ce vote sonne comme une sentence définitive. En effet, une fois la loi voté, il va de soi qu'il n'y a plus de modification possible.

Dans un premier temps, le corps médical organisé s'attelle bien d'avantage à réunifier le syndicalisme médical qu'à critiquer la loi. En effet, il doit recouvrer ses forces pour défendre ses intérêts dans le cadre du règlement général d'administration publique et de l'hypothétique texte de loi rectificatif promis par le législateur.

Cela n'empêche toutefois pas certains médecins de critiquer ouvertement le système mis en place par la nouvelle loi. C'est le cas notamment du Dr Louis Ferdinand Destouches, dit Louis Ferdinant Céline, dans un article publié fin 1928 dans "*La Presse médicale*". La longueur de cet article ne permet pas de le retranscrire intégralement, mais nous en avons retenus les passages les plus significatifs :

> "*La loi des assurances sociales, qui fit partie pendant longtemps du programme des réalisations socialistes dites minima, va se trouver bientôt appliquée en France, tant bien que mal, de gré ou de force, plutôt de force, au moment où notre régime semble précisément en état de défense officielle contre tout ce qui, de près ou de loin, s'apparente au collectivisme.*
>
> *Notons, à ce propos, qu'il existe bien de la différence entre le socialisme des faits et celui des gestes et des propagandes. Le premier seul compte au fond, c'est celui sous lequel disparaît un peu plus chaque jour notre société individualiste, dite "bourgeoise". Ce collectivisme de réalisation est insidieux et pratique, tandis que l'autre, le déclamatoire, l'illuminé, seul a pourtant vertu d'effrayer l'électeur et de provoquer les réactions politiciennes et les mesures tapageuses de police. [...]*
>
> *Jamais, sans nul doute, depuis que l'oeuvre socialiste s'effectue dans la République (menaçant successivement de près ou de loin les chemins de fer, les mines, l'école et les assurances) à l'abri de divers prétextes, une institution aussi importante que les assurances sociales n'était tombée entre les mains de ces patients insurgés. Il est permis même de se demander si cette reddition massive n'emportera pas par ébranlement, de proche en proche, tout ce qui leur résiste encore. Car, en somme, il s'agit bien, sous la dénomination d'assurances sociales, de la création d'un monopole de la santé publique. Appelons la chose par son nom. Devons-nous pour cela recommander qu'une bataille désespérée s'engage ultima ratio contre les assurances sociales ?*

Il n'en est certes plus temps. Ses adversaires les plus avertis et les plus résolus en sont en ce moment réduits, tellement la cause semble entendue, à des controverses corporatistes et particularistes, aux détails de la défaite. D'autres, comme Desfosses, essayent, en cours d'analyses, d'ailleurs fort pénétrantes, de tirer les enseignements philosophiques et moraux de cette révolution silencieuse. Mais en ce qui nous concerne, nous nous demandons à notre tour s'il n'existe pas un moyen d'assimiler encore les assurances sociales et leur contenu collectiviste, sans qu'il s'ensuive des accidents économiques et sociaux d'une extrême gravité. [...]

Pour se défendre contre les abus de cette loi, nettement socialisante, il faut d'urgence s'adapter à une mentalité nouvelle et décréter en même temps des dispositions et une discipline administrative sociale elle aussi, et par conséquent défensive contre les facilités socialistes. Une société capitaliste, la nôtre, est vouée à la faillite du jour où, tout en se contentant de ses lois et de ces conceptions ordinaires pour sa défense, elle permet en même temps à ses citoyens d'aussi grandes dérogations à son économie traditionnelle que celles qui seront permises par les assurances sociales, en admettant bien entendu que cette loi soit intégralement appliquée.

Un fait, à cet égard, domine tous les autres, c'est notre conception, notre définition actuelle de l'état de maladie, qui nous désarme à peu près contre tous les abus que voudrons bien faire les assurés des ressources socialistes de la loi nouvelle, ou bien, ce qui est pire, pour se défendre quand même, sans sortir de ses propres traditions morales et politiques, l'Etat capitaliste sera forcé d'avoir recours à un appareil compliqué des restrictions vexatoires et mesquines qui ne feront qu'ajouter au gaspillage et au mécontentement général. [...]

En résumé, en vue d'une assurance sociale efficace, n'hésitons point à concevoir que le malade doit travailler et donc admettre une fois pour toute les conditions de fait du monde du travail, c'est-à-dire qu'il n'y a guère plus de malades alités ou pérégrinants dans un grand hôpital parisien que dans une usine moderne ou même dans la rue et qu'ils sont encore mieux, ces malades ambulants, à l'usine qu'à l'hôpital et dans la rue. Il appartient donc à la nouvelle organisation qu'il soient mieux soignés encore sans sortir de l'usine ou du bureau, sans demeurer à la maison et tout en touchant un salaire intégral. [...]"[981]

En somme, le Dr Destouches se montre critique vis-à-vis des assurances sociales essentiellement en raison des abus qu'elles pourraient engendrer. Cela reprend une idée qui semble se propager dans le monde médical à la fin des années 1920, selon laquelle ces assurances seraient la source d'une sorte d'assistanat et d'une déresponsabilisation nocifs pour la population assurée.

---

981 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit. pp. 270 - 276. L'auteur reprend ici les propos du Dr Louis Ferdinand Destouches.

Louis Ferdinand Céline - de son nom de plume - semble suivre certaines idées développées à la même époque en Allemagne par le Dr Erwin Liek dans un ouvrage sur les méfaits des assurances sociales[982], dans un pays où la population bénéficie depuis longtemps de ces assurances. Si nous devions retenir une critique soulevée par le Dr Liek, ce serait ici le risque d'abus par des arrêts de travail injustifiés. Nous reviendrons plus en détails sur cet ouvrage dans la suite de notre travail.

Ainsi, au lendemain du vote de la loi, les critiques à son égard semblent bien plus vive en dehors du syndicalisme médical qu'au sein du corps médical organisé. Ce dernier reste focalisé sur l'entente directe qui ne serait toujours pas garantie, alors qu'un nombre significatif et influant de médecins semble remettre en cause certains principes fondateurs des assurances sociales, nous pourrions même dire certains principes philosophiques qui sous-tendent ces assurances. On pourra toutefois se demander si ces critiques émergent par réelles convictions où en raison d'un certain fatalisme consécutif au vote de la loi rendant toute autre possibilité de rejet du système d'assurance difficile à mettre en oeuvre et probablement illusoire.

9.5. La réunification du syndicalisme médical autour de l'entente directe

Immédiatement après le vote de la loi, et ce n'est sans doute pas un hasard, les travaux débutent en ce qui concerne la création d'un futur groupement syndical unique : "*La Commission mixte "Union-Fédération-Groupement des Spécialistes" élue par le Congrès de tous les Syndicats médicaux de France a terminé la partie la plus importante de ses travaux sur les statuts du futur groupement unique.*"[983] En effet, le corps médical ressent plus que jamais la nécessité de voir ses intérêts défendus par un syndicalisme fort et uni. Certains pourraient penser qu'une fois la loi votée, le syndicalisme n'a plus beaucoup de moyens d'action, mais il n'en est rien, comme nous l'avons vu et comme le précise l'Union :

> "*Dès maintenant notons que, aux termes même de son article 73, toutes les "dispositions nécessaires à son application" seront déterminées par "un règlement général d'administration publique, rendu sur la proposition du ministère du travail et des ministères intéressés, <u>après consultation des organisations en cause</u>.*
>
> *Ce règlement devra intervenir "au cours du douzième mois qui suivra la promulgation de la loi" (5 avril 1928). Celle-ci "entrera en vigueur dix mois après la publication au Journal officiel".*"[984]

982 Liek, Erwin, 1929, op. cit.
983 USMF, *Le Médecin syndicaliste*, 1928, p. 225.
984 Ibid., p. 311. Passage souligné par l'Union.

Le Ministre du Travail précisera en juillet 1928, que le gouvernement met tout en oeuvre pour que la loi entre en vigueur au plus tard le 5 avril 1930[985]. Le syndicalisme médical dispose donc encore d'une marge de manoeuvre relativement confortable pour défendre ses intérêts, notamment au travers du règlement d'administration publique. Dans son numéro du *Médecin Syndicaliste* du 1er mai 1928, l'Union annonce une fusion imminente avec la Fédération[986].

La question de l'entente directe ayant nettement influencé la scission du syndicalisme, il semble important de la régler pour réunifier le corps médical organisé.

Ainsi, sans perdre de temps, la Commission mixte (Union-Fédération-Groupement des Spécialistes), s'attaque à cette question et plus précisément à celle du paiement direct qui, idéalement pour beaucoup de médecins, devrait être sans tarif contractuel. Si dans un premier temps le législateur, en la personne du rapporteur, M. Antonelli, rejette catégoriquement cette idée, M. Grinda, lui, propose une solution intermédiaire :

> "*Le rapporteur, M. Antonelli, a convenu de suite du désaccord au sujet du paiement direct sans tarif contractuel.*
>
> *C'est alors que M. Grinda a indiqué son idée de carnet de chèques sur un établissement de crédit, carnet remis par la caisse à l'assuré pour lui permettre de faire l'avance d'une partie des frais médicaux et pharmaceutiques.*"[987]

Rappelons que cette idée avait déjà été proposée par certains députés dont M. Gadaud. Mais cette proposition de M. Grinda est rejetée par le corps médical syndiqué qui la juge trop proche du tiers payant, le carnet étant remis par la caisse qui fait donc office d'intermédiaire entre le patient et le médecin.

Par ailleurs, les syndicats mandatent le Dr Gadaud pour faire des amendements au texte de loi favorables au corps médical, mais ces amendements sont dans un premiers temps rejetés "*pour être étudiés au moment de la discussion des rectificatifs et des correctifs, que tout le monde déclare indispensables, Gouvernement et Commission.*"[988] Le Dr Cibrie est également nommé président de la Commission mixte sur les assurances sociales[989]. Celui-ci réaffirme le refus du tiers payant et l'attachement du corps médical à l'entente directe sans laquelle il refuse catégoriquement toute collaboration à la loi[990].

Parallèlement, la Commission mixte s'organise et prévoit l'élection du Conseil provisoire du Groupement central unique à l'occasion du Congrès des Syndicats

985 Ibid., p. 647.
986 Ibid., p. 356.
987 Ibid., p. 317.
988 Idem.
989 Idem.
990 Ibid., p. 331.

médicaux de France du 8 juillet 1928[991]. Si les dirigeants des unions syndicales paraissent souhaiter une fusion prochaine, celle-ci ne fait pas encore l'unanimité parmi les syndiqués et des tensions persistent concernant l'entente directe, comme en témoignent des propos rapportés par l'Union : "*Bien que nous nous soyons promis à l'Union de ne pas répondre aux "Mises au point" du Bulletin de la F.N.*[992] *[Fédération Nationale, NDLR] par d'autres "Mises au point" qui risquent de nous entraîner les uns et les autres à des polémiques irritantes [...].*"[993] L'Union appelle d'ailleurs toujours la Fédération à une "trêve" : "*le Secrétaire général de l'Union a prié le Conseil de la Fédération de répondre à la proposition de l'Assemblée générale de l'Union en ce qui concerne une modalité de la "trêve"* "[994]. Et l'Union de conclure en ces termes : "*Nous n'avons jamais cessé de dire depuis plusieurs mois*[995] *: L'organisme unique est plus simple, plus puissant et moins coûteux que tous les "fronts uniques".* "[996] Nous rappellerons encore les effectifs des différents groupements syndicaux que nous trouvons publiés dans le numéro de juillet 1928 du *Médecin Syndicaliste* :

"*Union : 165 Syndicats, 9068 syndiqués.*
Fédération : 93 Syndicats, 7680 syndiqués.
Autres Syndicats : 21 Syndicats, 2518 syndiqués.
Soit, 297 Syndicats et, en chiffres ronds, 17 700 syndiqués."[997]

On constate principalement que la Fédération, longtemps minimisée par l'Union, obtient des effectifs non négligeables.

Dans son numéro du *Médecin Syndicaliste* de juin 1928, l'Union annonce qu'un accord unanime est intervenu, lors du Congrès de mai de la même année, au sujet des statuts du futur groupement unique[998]. Elle précise également les étapes à venir dans la construction de ce groupement, dont la création officielle semble imminente :

"*Le Congrès du 8 juillet aurait pour rôle :*

1° De prononcer la création du groupement unique et de voter les statuts de ce groupement.

2° D'enregistrer l'engagement des différents groupements centraux actuellement existants, de prendre, au cours de leurs assemblées générales de décembre, les dispositions statutaires et autres, indispensables à la fusion.

991 Ibid., p. 392.
992 Il s'agit de la "Fédération" encore parfois assimilée à la "Fédération des Médecins de France".
993 Ibid., p. 422.
994 Idem.
995 Il est vrai qu'auparavant l'Union s'était à plusieur reprises opposée à cette réunification notamment sous l'influence du Dr Lafontaine.
996 Ibid., p. 423.
997 Ibid., p. 558. L'Union précise que certains médecins appartiennent à la fois à des syndicats de médecins spécialisés et de médecine générale.
998 Ibid., p. 438.

3° D'élire la Commission provisoire d'administration du groupement unique, commission destinée, notamment, à préparer la première assemblée générale du nouveau Groupement (décembre).

La première Assemblée générale commune de décembre aurait pour rôle :

1° D'enregistrer les mesures prises par les organismes centraux précédemment existants, mesures adoptées la veille par les Assemblées générales séparées des dits groupements ; conséquemment, de prononcer la ratification définitive des statuts du groupement unique.

2° D'élire le Conseil d'administration du groupement unique.

3° De fixer le mandat du groupement unique en ce qui concerne tout ce qui regarde l'action du syndicalisme médical."[999]

Quelques jours plus tard, l'Union annonce le nom du futur groupement unique : "*Confédération nationale des Syndicat Médicaux de France*"[1000] (CSMF). Elle rend également publique certains articles de ses statuts[1001] votés par le Congrès[1002] et concernant sa structure administrative. Nous nous limiterons ici à retranscrire ceux qui paressent pertinents pour notre travail, à savoir les articles 1 et 4 :

"*Art. 1. - "Il est formé entre les Syndicats médicaux régulièrement constitués sous le régime des lois de 1884, 1920 et 1927, et ayant adhéré aux présents statuts une union qui prend le titre de Confédération des Syndicats médicaux français". [...]*

Art. 4. - La "Confédération des Syndicats médicaux français" a pour but :

a) D'être la suprême gardienne des traditions de haute probité du corps médical.

b) D'établir entre les Syndicats adhérents un lieu pour l'étude des questions professionnelles d'ordre général.

c) De coordonner l'action des Syndicats en vue de l'organisation de la défense professionnelle.

d) D'aider les Syndicats à propager les idées syndicalistes parmi les médecins.

e) D'être l'intermédiaire entre les pouvoirs publics et les collectivités nationales et le Corps médical organisé pris dans son ensemble.

f) Pour tout ce qui regarde les questions d'ordre national, d'être à l'exclusion de tout autre, l'organisme unique parlant et agissant au nom du Corps médical français."[1003]

---

999 Ibid., p. 440.

1000 Ibid., p. 442.

1001 Idem.

1002 Le Congrès ne devant se réunir que le 8 juillet, il paraît difficilement compréhensible que l'Union ait pu publier ces statuts en juin.

1003 Ibid., p. 479. Passage souligné par nous.

Il ne semble persister ici nul doute sur le fait que la CSMF entent devenir le seul et unique organe syndical du corps médical français. A noter également que la CSMF reprend de nombreux rôles actuellement dévolus à l'Ordre des médecins.

Lors du Congrès de juillet 1928, qui donnent lieu à de longs débats retranscrits dans le *Médecin Syndicaliste* hors-série d'octobre 1928[1004], les objectifs de la CSMF sont confirmés par le vote des syndicalistes. En raison de leur longueur, nous ne reprendrons pas ces débats, dont le contenu concerne bien d'avantage les statuts de la CSMF que les Assurances sociales proprement dites. La réunion de l'Assemblée générale constitutive, marquant la création effective de la CSMF, y est fixée au 6 décembre 1928.[1005] La veille de cette date, l'Union modifie son nom pour devenir officiellement la CSMF. Parallèlement, la Fédération annonce sa dissolution. L'Union commente ces évènements dans l'article du *Médecin Syndicaliste* présenté ci-dessous :

> "*Le but est atteint. L'évènement que tout le Corps médical appelait de ses voeux, que tous les Syndicats médicaux jugeaient nécessaire, et que nos efforts et nos sacrifices ont enfin rendu possible, vient de se produire.*
>
> *Dans sa séance du 5 décembre dernier, l'Union des Syndicats médicaux a modifié ses statuts en adoptant les dispositions votées le matin même par les délégués de tous les Syndicats médicaux français. Elle a de plus modifié son titre, prenant le nom de "Confédération des Syndicats médicaux français". A la même heure, l'Assemblée générale extraordinaire de la Fédération nationale prononçait sa dissolution. Quelques minutes plus tard, le Président de l'Assemblée générale de la Confédération pouvait annoncer aux délégués de tous les Syndicats réunis, la reconstitution de l'unité de représentation du Syndicalisme médical.*"[1006]

Lors de l'ultime Assemblée générale de l'Union, le Secrétaire général introduit son rapport en soulignant le lien probable entre réunification du syndicalisme médical et vote de la loi sur les assurances sociales :

> "*L'année 1928 restera pour nous marquée par deux faits d'une importance primordiale :*
>
> *1° Le vote de la loi d'Assurance invalidité-maladie ;*
>
> *2° La reconstitution de l'unité de représentation du syndicalisme médical.*
>
> *Peut-être y a-t-il, entre ces deux faits, une corrélation. Peut-être les médecins, en réalisant l'imminence du danger ont-ils su imposer silence à leurs querelles et faire taire les discussions passionnées qui, depuis trois ans, les maintenaient divisés.*"[1007]

1004 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, hors-série, novembre 1928, 48 p. Ce numéro est intégralement consacré aux débats du Congrès des syndicats médicaux de France du 8 juillet 1928.
1005 Ibid., p. 16.
1006 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 812.
1007 Ibid., p. 725.

En effet, ce lien paraît probable, de nombreux dirigeants syndicalistes, dont le Dr Cibrie, s'étant dans les derniers mois déclarés favorables à une réunification suite à la modification de l'article 4 du projet de loi par le Sénat. Rappelons que cet article 4 détermine les modalités de coopération des médecins à la loi. Notons également que cette modification fragilisait le syndicalisme médical dans la mesure où elle rendait possible l'existence de plusieurs interlocuteurs syndicaux avec les pouvoirs publics, en conséquence de quoi l'action syndicale aurait pu se disperser, éventuellement au travers de syndicats de "médecins marrons" créés pour défendre leurs intérêts propres. Peu de temps après, les députés s'étaient montrés conciliants en proposant ultérieurement un texte rectificatif. Dès lors, une synergie entre ces deux évènements semblait s'être engagée, à la faveur d'un contexte idéologique syndical favorable et commun centré sur l'entente directe. Il n'en fallait pas moins pour voir renaître un groupement unique.

Enfin, il nous faut encore relativiser l'ultime discours de l'Union, faisant de la CSMF la descendante directe de l'USMF. Si, d'un point de vue organisationnel, la CSMF fait bien sûr suite à l'USMF, elle rejoint bien d'avantage les idées de la Fédération centrée sur l'entente directe. Il est vrai que l'Union a connu un virage idéologique vers l'entente directe en 1927 - 1928, mais c'était, semble-t-il, contraint par l'influence de la Fédération qui vidait l'Union de sa substance. L'Union devait évoluer en suivant les convictions de ses adhérents, quand bien même elles pouvaient aller à l'encontre de celles de certains dirigeants (notamment le Dr Lafontaine), ou disparaître. Ainsi la CSMF semble avoir d'avantage repris le combat syndical de la Fédération que celui de l'Union et ce n'est donc pas un hasard si en décembre 1928, le Dr Cibrie est élu Secrétaire général du nouveau groupement.

9.6. La ligne de conduite de la CSMF nouvellement créée

Dès la première Assemblée générale de la CSMF réunie en décembre 1928, le nouveau groupement unique affirme de façon très claire sa volonté de défendre l'entente directe exclusive.

C'est ainsi que, le 6 décembre, l'ordre du jour intitulé "*ordre du jour Renon-Dibos-Cibrie avec modification Balthazard*"[1008], du nom de ses auteurs, est adopté lors de l'Assemblée. En voici le contenu :

> "*La Confédération fait sienne la Charte du Corps médical en face des lois sociales votées par le Congrès des Syndicats médicaux de France du 30 novembre 1927.*
>
> *La Confédération, constatant que les dispositions permettant la réalisation de l'entente directe COMME MODE EXCLUSIF ne peuvent pas être satisfaites par le projet de règlement d'administration publique.*

1008 CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, p. 111.

Demande l'exécution des promesses formelles faites par le Gouvernement, c'est-à-dire le dépôt d'un rectificatif de la loi."[1009]

En effet, le Ministre du travail, Louis Loucheur, avait attiré l'attention des syndicats médicaux au lendemain du vote de la loi du 5 avril 1928, sur le fait que l'entente directe exclusive modifiait si profondément le fonctionnement de la loi, que seul un texte rectificatif pourrait la réaliser.

Le Dr Cibrie, secrétaire général, l'admet : en dehors de ce point crucial, le corps médical a obtenu satisfaction sur tous les autres points devant la sous-commission médico-pharmaceutique, à savoir l'habilitation des syndicats par l'organisme central, le libre choix, le secret professionnel, le droit aux honoraires y compris à l'hôpital, la liberté de prescription, le contrôle des malades et des médecins, la représentation syndicale dans les commissions techniques et l'organisation des établissements de soins.[1010] Les propositions émanant de la sous-commission, organe consultatif composé des différents acteurs des assurances sociales, devaient ensuite être soumises à la Commission plénière[1011].

Mais la satisfaction du Dr Cibrie devait être de courte durée. Début décembre 1928, la Commission plénière, chargée de concilier les propositions de la sous-commission avec les travaux de la Commission des assurances sociales, rejette en bloc toutes les propositions du corps médical.

Après cet échec, en janvier 1929, Paul Cibrie publie dans *Le Médecin de France*, nouvel organe de presse de la CSMF, un article particulièrement intéressant où il réaffirme une position sans équivoque au sujet de l'entente directe :

"*Il est inutile, je pense, de répéter que si le Corps médical organisé est si résolu à obtenir cette modalité exclusive du paiement direct par l'assuré sans tarif contractuel (entente directe), s'il a voulu, fort des expériences passées, fermer la porte au tiers payant, ce n'est pas pour une simple question d'argent. Si la caisse paye - et quels que soient les tarifs - point n'est besoin d'être grand clerc pour prédire un assèchement total de ladite caisse, peut-être même avant la fin de son exercice annuel. Dans ce cas, en effet, l'abus est certain.*

Les raisons qui ont déterminé l'attitude du Corps médical, et qu'il faut répéter à toute occasion, sont, avant tout, des raisons de moralité.

Nous ne voulons plus de "scandales médicaux".

Nous ne voulons plus voir s'abaisser le niveau scientifique et moral de notre profession.

Nous ne voulons pas devenir les domestiques des caisses.

1009 Idem. La modification apportée par le Dr Balthazard est inscrite en lettres majuscules, comme dans le texte original publié par la CSMF. A noter que le Dr Balthazard est président de la CSMF. Les passages soulignés le sont par nous.

1010 Ibid., pp. 39 - 41. Nous reviendrons plus loin sur les travaux de la sous-commission.

1011 Nous reviendrons plus loin sur les travaux de la Commission plénière.

Nous voulons, au contraire, continuer à exercer librement une profession libérale.

Ainsi est conservée la dignité de l'assuré, sa liberté. Ainsi n'y aura-t-il pas deux médecines : la médecine de clientèle et la médecine de caisse ; et l'intérêt du malade, lié à l'intérêt de notre profession, se trouve ainsi sauvegardé.

Tout ceci, le Parlement le sait, et le Gouvernement le sait.

Tout ceci, il est possible, par un rectificatif très court, de l'inscrire dans la loi.

Lors de la discussion, en avril[1012] *dernier, de la loi d'assurances sociales à la Chambre, le gouvernement, par la voix autorisée du président du Conseil et du Ministre de l'hygiène, a pris l'engagement formel de présenter, dès la rentrée des Chambres, un texte rectificatif dans lequel nous espérions voir inscrits les desiderata essentiels du Corps médical. Cette modification obtenue, le concours entier, loyal, sans réserve du Corps médical était acquis pleinement.*

La loi fonctionnait pour le plus grand bien de tous."[1013]

Dans cet article, relevant presque du programme politique, le Dr Cibrie se montre intransigeant en ce qui concerne l'entente directe et le rejet du tiers payant, ceci afin de préserver les intérêts libéraux de la profession qui seraient indissociables des intérêts des assurés.

Pour autant, le syndicalisme médical n'a jamais été si proche d'un accord avec le gouvernement dans la mesure où il ne semble subsister "que" l'obstacle du tiers payant. Mais c'est un obstacle de taille, tant sa suppression remettrait en cause certains principes fondamentaux de la loi, notamment l'accès aux soins pour les plus démunis. Toujours est-il que, une fois cet obstacle surmonté, la CSMF serait disposée à collaborer sans réserve à l'application de la loi sur les assurances sociales.

1012 Avril 1928.

1013 Ibid., 1929, pp. 33 - 34. Passages soulignés par nous.

Partie IV. - Le développement des assurances sociales entre 1928 et 1930 et les débats avec la CSMF nouvellement créée

Chapitre 10. - La réorganisation du système hospitalier

10.1. Introduction

Au lendemain du vote de la loi du 5 avril 1928, la réorganisation du système hospitalier va devenir la problématique centrale des débats au sein de la CSMF nouvellement créée.

Selon la loi sur les assurances sociales qui vient d'être votée par la Chambre, l'hospitalisation des assurés sociaux est principalement régie par l'article 6, dont nous rappelons ici les points essentiels :

> "§ 1. - *L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention, dépendants de la Caisse d'assurance, dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle*."[1014]
>
> "§ 2. - *En cas d'hospitalisation, les frais supportés par la Caisse seront contenus dans les limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'Assistance publique à l'égard des malades admis sous le régime de l'A.M.G., ou des accidentés du travail admis sous le régime de la loi du 9 avril 1898.*"[1015]

Mais, avant toute chose, il nous faut faire un bref rappel historique en ce qui concerne l'hôpital. Au XIXème siècle, seuls les indigents pouvaient être admis à l'hôpital. Toutefois, comme le souligne Jean-Paul Domin[1016], aucune des lois qui régissent le fonctionnement des établissements de soins ne reprend ce principe explicitement. Ainsi, ni la loi du 16 vendémaire an V (7 octobre 1796), ni la circulaire du 31 janvier 1840, ni encore la loi du 7 août 1851 en vigueur à l'époque, n'ont prévu les règles d'admission des patients[1017]. Toujours selon Jean-Paul Domin, le principe de l'accueil caritatif unique relèverait donc d'avantage d'une tradition médicale séculaire que de contraintes réglementaires[1018]. Puis les lois de 1893 sur l'AMG, de 1898 sur les accidents du travail, et enfin de 1919 sur les pensions ont élargi la clientèle hospitalière sans que la loi de 1851 ne soit modifiée. De 630 000 en 1898, le nombre d'hospitalisations passe à 850 000 en 1912[1019] et approcher le million en 1928. L'hôpital fonctionnait donc, au moins jusqu'en 1928, dans le cadre de lois d'assistance bien éloignées d'un système assurantiel.

1014 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 703.

1015 Ibid., p. 704.

1016 Jean-Paul Domin est maître de conférences en sciences économiques à l'Université de Reims Champagne-Ardenne et s'intéresse particulièrement à l'économie politique de la santé.

1017 Domin, Jean-Paul, *Les assurances sociales et l'ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la population : les prémices d'une politique globale de santé publique (1914-1941)*, in *Revue française des affaires sociales*, 2002, pp. 131 - 154. En ligne. <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2002-1-page-131.htm>. Consulté le 1er août 2015.

1018 Ibid.

1019 Chiffres donnés par Jean-Paul Domain dans son article précédemment cité.

Il faut également se souvenir des revendications qu'avaient suscité les lois sur les accidents du travail et sur l'AMG au sein du corps médical pour bien comprendre les craintes des médecins face aux assurances sociales. Pour Jean-Pau Domin, ces revendications, reprisent en 1928, s'articulent autour de trois idées : la concurrence hospitalière, l'atteinte au principes fondamentaux et séculaires de l'hospitalisation et l'encombrement des hôpitaux.

Des trois, c'est la première qui serait la plus importante, les hôpitaux ne devant pas se constituer en position dominante sur le marché de la santé. Cela se comprend d'autant mieux qu'à cette époque la médecine libérale ambulatoire relevait quasi-exclusivement des généralistes qui constituaient la plus grande part des médecins syndiqués, alors que les spécialistes exerçaient surtout à l'hôpital.

Cette idée est en lien direct avec la seconde dans la mesure où, en admettant des malades payants dans les hôpitaux, ces derniers "détournent" la clientèle des généralistes libéraux. C'est ainsi que Jean-Paul Domin cite Albert Regnard, membre du conseil supérieur de l'assistance, selon lequel les praticiens qui assurent les soins aux plus démunis devraient le faire "*sans autre paiement que la satisfaction du devoir accompli au nom de la bienveillance humaine*", probablement afin de ne pas entrer en concurrence avec la médecine libérale destinée aux patients payants.

Enfin, si la troisième idée est celle qui est le plus mise en avant par le corps médical, elle serait en réalité la moins importante. Pour les praticiens, l'augmentation du nombre d'hospitalisations accélérerait la dégradation des conditions d'accueil et d'hygiène. On retrouve ici un parallèle avec l'argument développé par les syndicats médicaux selon lequel les assurances sociales allaient dégrader la qualité de la prise en charge des malades. Mais, pour Henri Hatzfeld, il s'agissait en réalité d'une façon de masquer une problématique plus centrale mais moins avouable : l'entente directe et la rémunération des médecins. Il est probable qu'il en soit de même dans le cadre de l'hôpital.

En 1928, si la question du fonctionnement de l'hôpital dans le cadre des assurances sociales fait l'objet de toutes les attentions, ce serait, selon l'USMF, suite à la création par le Ministre du travail d'une commission chargée de préparer un projet de codification des lois d'assistance et d'explorer l'organisation hospitalière[1020]. Cependant, bien que les syndicats communiquent peu à ce sujet avant 1928, des discussions répétées sur ce thème ont lieu depuis la fin de l'année 1927, notamment lors du Congrès des syndicats médicaux de France. Ainsi, pour bien comprendre les débats autour de la question hospitalière, il nous faudra revenir quelques mois avant le vote de la loi sur les assurances sociales et la réunification du syndicalisme médical. Pour des raisons de clarté, cette question sera traitée indépendamment des autres débats sur les assurances sociales.

1020 Ibid., p. 641. La date précise de création de cette commission ne nous est pas connue, mais elle semble précéder de quelques mois le vote de la loi sur les assurances sociales.

10.2. Le fonctionnement des hôpitaux en 1928

10.2.1. Situation générale

Avant toute chose, il nous faut faire le point sur le fonctionnement des hôpitaux avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les assurances sociales. Comme nous l'avons déjà précisé, les hôpitaux furent créés comme des oeuvres d'assistance et de charité, organisés comme telles et nécessitant probablement des adaptations dans le cadre de la loi sur les assurances sociales. C'est ce que souligne notamment le Dr Lenglet, secrétaire général de l'Union jusqu'en 1928. Il nous apporte ainsi des informations utiles sur le fonctionnement des hôpitaux avant l'entrée en vigueur de la loi sur les assurances sociales.

Selon lui[1021], en 1851, la question hospitalière ne s'est pas posée au législateur comme les faits l'ont plus tard posée. En effet, la loi de 1851 ne réglait que l'attribution des revenus hospitaliers au soulagement de certaines formes de misères. Elle n'envisageait pas l'usage de l'hôpital pour des soins à donner à des personnes non nécessiteuses[1022]. Cependant, elle n'interdisait pas formellement l'entrée volontaire à l'hôpital de personnes non nécessiteuses, même si à cette époque l'hôpital était regardé par certains comme un lieu de misère redoutable[1023]. Le Dr Lenglet précise :

> *"L'évolution de la société, les transformations de la technique médicale et scientifique, l'oubli volontaire ou involontaire de toutes les conditions qui avaient présidé à la fondation des hôpitaux, l'abus, par certaines personnes, des ressources hospitalières, et de nombreuses autres raisons dues au développement social, ont créé progressivement l'état de fait actuel.*
>
> *Les hôpitaux ne sont plus, en réalité, régis par la loi de 1851, ils le sont suivant les habitudes qui se sont successivement introduites dans leur administration."*[1024]

L'hôpital a été créé pour les indigents, indigents qui, selon le Dr Lenglet, ne représenteront plus que 5% des malades hospitalisés après l'entrée en vigueur de la loi sur les assurances sociales. De plus, selon lui, le nombre total d'hospitalisés croîtra inévitablement.

Patrick Hassenteufel, quant à lui, nous offre *a posteriori* une vision quelque peu différente de l'hôpital, d'avantage dominé par l'exercice libéral que par la charité aux indigents : "*les médecins exerçant à l'hôpital étaient alors des libéraux avant*

1021 Ibid., p. 691.

1022 Rappelons que, à en croire Jean-Paul Domin, elle n'envisageait pas d'avantage l'usage de l'hôpital pour des soins à donner à des personnes nécessiteuses exclusivement.

1023 Cette perception de l'hôpital est notamment confirmée par Anne Rasmussen dans un article sur l'histoire de l'hôpital en France : Rasmussen, Anne, *Histoire de l'hôpital en France*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, p. 68.

1024 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 691.

d'être des hospitaliers"[1025]. Si l'on considère que le syndicalisme médical suit une logique de défense de son identité libérale, cela aura inévitablement un impact sur les débats au sujet du fonctionnement des hôpitaux dans le cadre des assurances sociales.

10.2.2. L'exemple de l'hôpital de Colmar extrapolé à toute la France

Il semble également intéressant de faire un détour par l'Alsace, région où les hôpitaux fonctionnent déjà dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité depuis de nombreuses années. Dans le *Médecin Syndicaliste* d'octobre 1928, l'Union publie un rapport du Dr Albert Nordmann, médecin alsacien, sur le fonctionnement de l'hôpital de Colmar (Haut-Rhin) entre 1926 et 1928[1026]. Ce rapport, auquel les syndicalistes attachent une importance certaine, pourrait permettre de percevoir l'évolution future du système hospitalier dans le cadre des assurances sociales, à l'échelle de toute la France. Notons toutefois qu'il paraît difficile d'extrapoler de façon fiable le cas particulier de Colmar à l'ensemble de la France, mais ce rapport a le mérite de nous éclairer sur le raisonnement suivi par le corps médical en ce qui concerne la réorganisation des hôpitaux. A défaut de pouvoir le retranscrire intégralement en raison de sa longueur, nous n'aborderons que les points essentiels.

10.2.2.1. Valeur du travail médical fourni à l'hôpital de Colmar

Le Dr Nordmann énumères les catégories de malades à qui sont dispensés les soins : au personnel de l'hôpital (si ce personnel ne fait pas partie d'une Caisse de maladies), au prébendiers[1027] de l'hôpital, aux malades admis aux frais de l'Assistance publique départementale ou communale, aux pensionnaires de 3ème classe[1028] et, enfin, à tout malade ou blessé qui lors de son admission à l'hôpital n'aura pas expressément déclaré vouloir être soigné à ses frais par un autre médecin de la région.

Le dernier point nous apprend que le libre choix est limité. Il semble que si le malade souhaite être soigné par un autre médecin de la région, les frais seront à sa charge. De plus, le Dr Nordmann précise que la rémunération est forfaitaire pour les patients des catégories a, b, c, et d s'ils sont soignés par un médecin nommé par la Commission d'administration, forfait déterminé en accord avec les syndicats. Pour les pensionnaires de 3ème classe qui ne rentrent pas dans les catégories a, b, c et

1025 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 156.

1026 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, pp. 684 - 691.

1027 Ce terme désignait généralement à l'époque les pauvres dont la subsistance dépendait de la charité de l'Eglise.

1028 Les pensionnés de guerre sont groupés en classes en fonction de leur degré de handicap ; ceux de la 3ème catégorie sont les plus lourdement atteints.

d, la rémunération est fixée selon des conditions spécifiques établies par les syndicats. Les pensionnaires de 1ère et 2è classe sont considérés comme des “clients privés” et bénéficient du libre choix (sans qu’il soit précisé dans quelle mesure).

La valeur du travail médical fourni à l’hôpital de Colmar a été estimé, en 1924, à 665 000 francs pour 84 547 journées d’hospitalisation, l’hôpital disposant de 450 lits. Il en résulte que la valeur d’une journée d’hospitalisation est d’environ 8 francs. Un quart des journées d’hospitalisation se font dans le cadre de l’Assistance publique.

10.2.2.2. Nombre de lits à prévoir pour l’hospitalisation des assurés de toute la France

Le Dr Nordmann évalue le nombre d’assurés à 15 millions pour toute la France. En Alsace, le nombre de journée d’hospitalisation par assuré était de 1,93 par an[1029]. Il est précisé que les médecins ont tendance à soigner les malades le plus possible à domicile en raison de la rémunération à l’acte. Cela limite ainsi le nombre de malades admis à l’hôpital et où les médecins sont majoritairement payés au forfait.

Albert Nordmann estime que la durée d’hospitalisation moyenne par assuré et par an ne dépassera pas 1,2 jour pour toute la France. Cela représente donc 18 millions de journées d’hospitalisation par an pour 15 millions d’ayant-droits. A cela il faudrait ajouter 7 millions de journées pour les cures et les convalescences dans les sanatoria. Cela porte le total à 25 millions de journées.

Etant donné que l'affluence dans les hôpitaux est variable, cette étude estime qu’il faudrait, au total, dans toute la France, 80 000 à 90 000 lits pour prendre en charge tous les malades.

10.2.2.3. Honoraires à prévoir pour le corps médical en ce qui concerne les assurés hospitalisés

Rappelons que la valeur du travail médical est estimée à 8 francs par journée d’hospitalisation. Mais, dans son rapport, le Dr Nordmann estime qu’à peine la moitié des assurés pourront être soignés dans les conditions énoncées, au moins pendant les 5 à 10 premières années du fonctionnement de l’assurance maladie-invalidité. L’autre moitié serait, selon lui, soignée dans les hôpitaux de moindre importance. Cette autre moitié concerne les malades pour lesquels les soins ne feraient pas appel - selon l’auteur - à des connaissances spéciales : les malades psychiatriques (appelés “malades internes”), les “maladies des nerfs”, les “affection chirurgicales

1029 Il n’est pas précisé en quelle année exactement.

chroniques", etc., et les personnes qui vivent seules et qui ne peuvent pas se suffirent à elles-mêmes en cas de maladie. Pour cette catégorie de malades, le coût de la journée d'hospitalisation est estimé à 3 francs.

Finalement, cela nous ramènerait à 9 millions de journées à 8 francs (soit 72 millions de francs) et 9 millions de journées à 3 francs (soit 27 millions de francs), pour un total de 100 millions de francs environ.

10.2.2.4. Obtention du nombre de lits nécessaires

Selon cette étude, il faudrait dans un premier temps utiliser les lits existants. Puis, progressivement, la patientèle des hôpitaux va augmenter car, selon le Dr Albert Nordmann, l'assurance maladie-invalidité faciliterait l'accès aux soins et permettrait un diagnostic plus précoce des maladies[1030]. Pour conserver ces patients, les hôpitaux vont investir pour perfectionner et moderniser leurs équipements et leurs locaux, notamment en augmentant le nombre de lits. Au besoin, ils emprunteraient des fonds à l'organisme central de l'AMI (Assurance Maladie-Invalidité). De tels emprunts pourraient également être faits par des municipalités désireuses de créer des hôpitaux. De nouvelles structures privées pourraient également voir le jour, à l'initiative de collectivités ou de grands patrons.

10.2.2.5. Le fonctionnement des hôpitaux

Cela amène le Dr Nordmann à se questionner sur plusieurs points : Y aura-t-il deux catégories d'hôpitaux : une pour les assurés et une pour les indigents ? Les médecins hospitaliers seront-ils salariés ou libéraux ? Qui désignera ces médecins ? Auront-ils la possibilité d'exercer en dehors de l'hôpital ?

Pour le Dr Nordmann les réponses à ces questions dépendront de l'influence qu'aura le corps médical sur le législateur, donc de l'action syndicale. En ce qui concerne les réserves émises par certains syndicalistes - les Drs Renon et Jayle - sur la possibilité d'adapter le système hospitalier, elles seraient, selon lui, exagérées. Les assurances sociales devraient pouvoir générer les fonds nécessaires pour financer un système hospitalier organisé comme en Alsace. Toutefois, l'étude d'Albert Nordmann n'évalue pas précisément les capacités financières des caisses, ni en Alsace, ni dans le cadre de la loi du 5 avril 1928.

1030 Toutefois, on peut penser que si les pathologies sont diagnostiquées plus précocement, elles sont aussi moins graves et l'hospitalisation serait d'autant moins indiquée.

10.3. Les revendications du corps médical en ce qui concerne le système hospitalier

Avec ces éléments en main, le nouveau groupement unique peut désormais présenter ses revendications. Pour bon nombre de syndicalistes, l'imprécision du texte de loi en ce qui concerne l'organisation des hôpitaux semble être la source de bien des craintes, comme le suggère un article du *Médecin Syndicaliste* publié en août 1928 :

> "*Nous commençons dans ce numéro, la publication d'un certain nombre de documents relatifs à la réorganisation hospitalière. Question d'actualité, s'il en est, et dont le Corps médical tout entier comprend maintenant l'importance.*
>
> *La loi d'Assurances sociales est, sur ce point, grosse de menaces :*
>
> *Les hôpitaux actuels, organisés, pour la plupart, pour traiter les indigents, vont-ils drainer la clientèle des assurés ? Dans quelles conditions ceux-ci y seront-ils admis et soignés ? Quelle va être la situation faite aux médecins et chirurgiens - appartenant ou non aux cadres de l'Assistance publique -, des cliniques et maisons de santé privées ?*
>
> *La loi d'Assurance va-t-elle être l'occasion d'une véritable renaissance hospitalière, d'une vaste organisation de moyens thérapeutiques, techniques adaptés aux conditions nouvelles et dont la science et l'enseignement, aussi bien que les malades et les médecins, tireront un bénéfice certain ? Ou bien va-t-on tenter de répondre aux besoins nouveaux par un replâtrage hâtif de l'organisation hospitalière actuelle ?*
>
> *Telles sont les questions que tout les médecins se posent avec quelque angoisse.*"[1031]

10.3.1. Le système hospitalier de l'époque critiqué par le corps médical

Avant même l'entrée en vigueur de la loi du 5 avril 1928, le corps médical adresse de sévères critiques au système hospitalier qu'il juge inadapté au fonctionnement des assurances sociales. Déjà dans le cadre de l'assistance, l'hôpital avait essuyé de sévères critiques de la part des médecins en ce qui concerne le libre choix et la rémunération par le "tout compris".

Ainsi les syndicats médicaux posent en premier lieu la question des ressources du système hospitalier français qui, selon un article publié en 1928 dans le *Médecin Syndicaliste* seraient insuffisantes en qualité et en quantité[1032]. En effet, jusque là l'hôpital se consacrait d'avantage à l'assistance, notamment aux indigents,

1031 Ibid., p. 600.
1032 Ibid., p. 602.

qu'à la prévoyance. Avec la loi de 1928, le système hospitalier va s'inscrire pleinement dans la prévoyance sociale, financée par les cotisations des assurés, assurés qui - selon les syndicalistes - auront donc plus d'exigences qu'auparavant : "*ils [les malades] auront conscience qu'ils sont chez eux, dans cet hôpital créé et alimenté de leurs deniers. C'est là une considération que le législateur devra méditer. Pour nous, médecins, elle n'est pas pour nous émouvoir, habitués que nous sommes à considérer d'abord le bien du malade. Nous savons compter avec ses exigences [...].*"[1033] La loi sur les assurances sociales pourrait donc créer un besoin de soins hospitaliers et des exigences particulières pour lesquels l'hôpital public ne serait pas dimensionné. Selon l'Union, il s'agirait d'exigences en terme de qualité des soins et de délais de guérison. On pourrait se demander si une réelle évolution est à attendre tant ces souhaits - bien que parfois utopiques - sont élémentaires et attendus par tout patient.

Puis l'Union, dans un article d'un certain Dr Lemarchal de la Commission de médecin pratique, fait un état des lieux de l'organisation hospitalière en 1928[1034], dont il pointe plusieurs défauts. Il regrette la persistance des salles communes[1035] qui pausent des problèmes de promiscuité, de secret médical et d'hygiène, ainsi qu'un système organisé pour traiter la masse et non le patient en tant qu'individu. Il souligne par ailleurs qu'il serait donc difficile d'adapter en l'état dans des régions rurales ne comportant pas de villes importantes (ce qui implique une grande variété de pathologies avec un nombre de patients restreints). Dans ces zones faiblement peuplées, si l'on conservait le système d'alors, cela impliquerait des distances et des temps de parcours considérables pour rejoindre l'hôpital, ce qui serait préjudiciable aux patients.

A ces défauts, l'Union propose un certain nombre de solutions[1036]. Elle recommande tout d'abord la suppression pure et simple des salles communes, ceci nécessitant des investissements financiers via les cotisations des assurés.

Elle demande la prise en charge individuelle du patient, si possible par "son" médecin, en privilégiant le colloque singulier médecin-patient qui est un des fondements de l'entente directe.

La préservation des hôpitaux locaux et cantonaux - de proximité - lui semble également nécessaire, tout en admettant que cela restreindra la spécialisation des médecins, le nombre de cas par spécialité étant trop faibles dans ces structures. A noter que cela permettrait également plus facilement au médecin traitant d'intervenir à l'hôpital. Pour ce qui est des moyens techniques, les syndicats souhaitent que

1033 Ibid., p. 603.

1034 Ibid., pp. 604 - 616. Un rapport du Dr Jolicoeur de Reims, sur "*l'installation d'un hôpital moderne*" (ibid., pp. 616 - 624) reprend les mêmes points.

1035 Voir également Rasmussen, Anne, 2012, op. cit., p. 68.

1036 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, pp. 602 - 616. Un rapport du Dr Jolicoeur de Reims, sur "*l'installation d'un hôpital moderne*" (ibid., pp. 616 - 624) reprend les mêmes points.

chaque hôpital dispose d'une petite installation radiologique, d'un laboratoire, d'une salle d'opération, d'une salle de stérilisation, de matériel d'hydrothérapie et d'électrothérapie, d'une maternité (avec salle se travail, salle d'isolement, salle de bains). Les services seraient organisés en pavillons. Notons que cela engendre des coûts importants auxquels les assurances sociales doivent pouvoir faire face et cela pour une activité estimée (en ordre de grandeur) par les syndicats à 400 malades par hôpital et par an. Les malades retenus pour les hôpitaux locaux seraient : la grande majorité des malades médicaux, les malades contagieux, les tuberculeux, les incurables, les cancéreux avancés, ainsi que les malades chirurgicaux. A nos yeux, réserves faites de conceptions médicales différentes d'aujourd'hui, cela semble représenter une très grande partie des malades, dont certains s'avèrent incurables alors même que le rôle de l'hôpital, affirmé par certains syndicats, n'est ni plus ni moins qu'apporter la guérison.

Pour les transports, les syndicats suggèrent de mettre en place, idéalement, une ambulance dans chaque chef-lieu d'arrondissement, pour assurer les transports vers les hôpitaux locaux.

Les syndicats demandent également des hôpitaux centraux (par arrondissement, voire départementaux), dans les grandes villes, pour les malades qui relèvent de prises en charge spécialisées. Eux aussi doivent supprimer les "salles communes" et prévoir des chambres de 10 lits maximum avec, en parallèle, des chambres "d'isolement" individuelles pour les malades agonisants, agités, etc., cela engendrant toutefois des besoins plus grands en personnel notamment infirmier. Le corps médical souligne également que, dans ces grands hôpitaux, le libre choix serait difficile à respecter et qu'il y aurait une plus grande compétition entre les médecins. Un autre avantage de ces structures serait la possibilité de former des étudiants. Pour ce qui est de l'organisation des services, les syndicats de médecins demandent la création d'un "pavillon des entrants" (équivalent de nos "urgences" actuelles) qui répartirait ensuite les malades vers les différents services, eux-mêmes disposés en pavillons. Cette structure en pavillon serait justifiée par une spécialisation de la médecine nécessitant un certain cloisonnement.

Nous retrouvons ici de nombreuses structures de base de l'hôpital "moderne", voulues semble-t-il par le corps médical au travers de ses syndicats dans le cadre des assurances sociales. Mais l'avenir à montré les nombreuses limites de ce système que ce soit en terme d'organisation comme en terme de coûts.

10.3.2. La commission ministérielle et le rappel des voeux du syndicalisme médical

Comme nous l'avons indiqué précédemment, une Commission chargée notamment d'explorer l'organisation hospitalière est créée par le Ministre du travail

quelques mois à peine avant le vote de la loi sur les assurances sociales par la Chambre des députés.

Sans perdre de temps, le Dr Lenglet, secrétaire général de l'Union, adresse une lettre au Ministre du travail attirant l'attention de ce dernier sur les voeux du corps médical en ce qui concerne le fonctionnement des établissements de soins :

> "*[...] étant donnée l'intrication des dispositions législatives ou administratives qui vont régler l'Assistance, d'une part, l'Assurance d'autre part, notamment en qui concerne la réorganisation hospitalière, il nous paraît nécessaire de vous faire connaître dès maintenant que la Commission instituée auprès de votre Ministère s'exposerait à faire oeuvre inopérante si elle ne tenait le plus grand compte des voeux émis par le Corps médical, soit au Congrès des Syndicats médicaux de France (30 novembre 1927), soit à l'Assemblée générale des l'Union des Syndicats médicaux de France (décembre 1927), soit au sein du Conseil supérieur de l'Assistance publique (29 février 1928).*"[1037]

Cela donne donc l'occasion à l'Union de rappeler les voeux exprimés lors des différents rassemblements syndicaux depuis novembre 1927. Nous allons les présenter par ordre chronologique jusqu'en mai 1928 afin d'étudier leur évolution.

10.3.2.1. Les voeux exprimés lors du Congrès des Syndicats médicaux de France

Rappelons tout d'abord brièvement les points de la "Charte médicale" concernant l'hôpital, fruit du Congrès des Syndicats de novembre 1927 :

> "*3° <u>Le droit à des honoraires pour tout malade</u> soigné soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins. [...]*
>
> *7° La nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses et de contrats spéciaux entre les syndicats et les caisses pour l'organisation technique de tout établissement de soins.*"[1038]

Cela reprend essentiellement des revendications déjà exprimées dans le cadre de l'assistance, surtout en ce qui concerne le "tout compris".

10.3.2.2. Les décisions de l'Assemblée générale de l'Union de décembre 1927

Les décisions de l'Assemblée générale de l'Union de décembre 1927 sont rédigées en ces termes :

1037 Ibid., p. 641.

1038 Ibid., p. 643. Passage souligné par nous.

"*I. L'Assemblée générale donne mandat… au Conseil d'entreprendre une action auprès du Ministre pour que soit rappelée aux préfets la circulaire ministérielle conseillant de nommer un délégué du Syndicat médical dans chaque Commission hospitalière…*

II. L'Assemblée générale conclut :

...6° Le prêt sans intérêt, tel qu'il est institué par le règlement de la Charente-Inférieure[1039] *serait à conseiller et à généraliser.*

7° Tous les départements devraient être dotés d'un laboratoire subventionné.

10° Lorsque l'initiative privée fait défaut, c'est le devoir de l'Assistance publique de la suppléer, en favorisant la création de cliniques à bon marché.

11° Un pavillon pour petits payants, à l'hôpital, doit avoir un budget autonome ; il doit nécessairement comporter le libre choix du chirurgien et se borner à ne percevoir que le prix de la pension. Les honoraires d'opérations sont affaire d'entente directe, entre médecin et client.

12° Un contrôle de la qualité des hospitalisés s'impose en matière de santé à bon marché."[1040]

Notons que l'Union propose ici, dans le cadre de l'hôpital, un prêt comme alternative au tiers payant pour les patients les plus pauvres, reprenant le règlement hospitalier de la Charente-Inférieure (cf. note de bas de page ci-dessous). Le but semble ici de trouver un compromis permettant aux plus modestes d'être soignés sans faire l'avance des frais de santé, et sans faire appel au tiers payant, ceci afin de favorise l'entente directe. Mais il pourrait ainsi émerger une médecine hospitalière "à deux vitesses", comme en témoignaient les propos du Dr Rinuy lors des débats de décembre 1927 retranscrits en 1928 par l'Union :

"*Le vrai motif pour lequel l'assistance va être étendue aux personnes de condition moyenne, c'est que les commissions administratives des hospices sont dans une situation gênée. Elles ont donc imaginé d'ouvrir des maisons de santé annexées aux hôpitaux, de façon à couvrir leur déficit par le produit de ces maisons de santé.*

1039 Voici un extrait de ce règlement :

"*Article 34. - Assistance aux personnes non indigentes mais peu fortunées.*

Afin de faciliter le traitement des personnes non bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite, mais auxquelles leur situation de fortune ne permet pas de disposer, d'un seul coup, des sommes nécessaires au paiement d'honoraires, ou de frais trop élevés (grosses interventions chirurgicales, traitements spéciaux très onéreux, tels que cancer, syphilis, etc.), le département pourra accorder, à titre de prêt, sans intérêts, des avances remboursables sur les intéressés ou leurs répondants.

Article 35. - Les demandes d'avances devront être établies sur papier timbré et porter l'engagement de rembourser la somme empruntée en un ou en plusieurs paiements.

Après enquête, ces demandes seront soumises, pour examens, à la Commission départementale.

Article 36. - Les personnes bénéficiaires de ces avances ne pourront arguer de la décision prise à leur égard, pour réclamer aux médecins, pharmaciens ou aux établissements hospitaliers, les tarifs de l'assistance médicale gratuite." (ibid., p. 642)

1040 Ibid., p. 642. Passage souligné par nous.

De là à vouloir supprimer les cliniques privées qui ont fait de réels efforts pour mettre à la portée des petites bourses, il n'y a qu'un pas, et ce pas a été franchi au Congrès de Nancy, puisque, à la page 42 du rapport de M. Léon Noel, qui était chargé du rapport sur l'assistance aux personnes de condition moyenne, nous trouvons cette phrase :

"Il faut donc en prendre son parti. Sauf exception, seules pourront subsister ou se créer à l'avenir les cliniques privées s'adressant à une clientèle riche, qui recevront des malades attirés par leur réputation, prêts à supporter de lourdes dépenses, pour s'assurer le maximum possible de confort. [...]"."[1041]

Résumons nous, les assurances sociales s'adressant à une population modeste (principalement ouvrière) mais non indigente, elles créent de fait une classe sociale intermédiaire trop aisée pour bénéficier de l'assistance, mais sur laquelle les cotisations des assurances sociales pèsent trop lourd. L'idée est donc de créer une "assistance partielle", par le passé appelée "demi assistance" ou "semi assistance", mélange d'assurance et d'assistance. Cette assistance partielle va donc concerner la frange inférieure des assurés sociaux, scindant le groupe des assurés en deux catégories : les assurés et les patients bénéficiant de l'assistance partielle. De par ses origines, l'hôpital sera amené à prendre en charge ces assurés partiels. Il serait dès lors tentant, selon le Dr Rinuy, de créer des maisons de santé, à côté des hôpitaux pour accueillir ces patients plus "rentables" que les patients de l'assistance. Cela aurait pour conséquence de reprendre le "marché" jusque là dans les mains des cliniques privées. Les cliniques privées se tourneraient alors vers les malades plus aisés. Il en découlerait une médecine à deux vitesses : privée pour les patients les plus aisés et publique pour les plus modestes ; voire même à trois vitesses si l'on considère les maisons de santé pour l'assistance partielle. Mais qui dit patient aisé dit "paiement direct". Il est donc probable que le corps médical soutienne bien d'avantage les initiatives privées plutôt que l'hôpital public.

10.3.2.3. La décision de l'Assemblée générale de l'Union de décembre 1928

Nous en arrivons à la décision de l'Assemblée générale de l'Union de décembre 1928 dont voici le contenu :

"*Relative au §2 de l'article 6 du projet de loi d'assurances sociales.*

L'assemblée générale ne peut admettre que le tarif de l'A.M.G., tel qu'il est actuellement établi par conséquence des lois et règlements hospitaliers anciens, en particulier de la loi de 1851, régisse les frais d'hospitalisation applicables aux assurés.

1041 Ibid., p. 653.

Aucune garantie de rémunération n'étant donnée par la loi au Corps médical hospitalier, l'Union refusera sa collaboration à la loi si les contrats des syndicats avec les caisses ne peuvent établir le droit à honoraires pour ces praticiens."[1042]

L'Union semble focaliser ses revendications sur la question de la rémunération des médecins à l'hôpital et adopte une position plus intransigeante en manifestant son refus de collaborer à la loi sur les assurances sociales si ses voeux n'étaient pas entendus.

10.3.2.4. Les conclusions du Conseil supérieur de l'Assistance publique

En février 1928 se réunit le Conseil supérieur de l'Assistance Publique dont voici les conclusions :

"*1° La présence dans les hôpitaux, de malades n'appartenant pas aux catégories d'individus qui manquent totalement ou partiellement de ressources suffisantes pour payer leurs frais de maladie ou d'opération, donne au Corps médical le droit de percevoir des honoraires, pour les soins ou opérations dont ces malades sont l'objet.*

2° La quotité, le mode de perception et répartition de ces honoraires sont fixés et contrôlés suivant des dispositions contractuelles établies localement par des Commissions présidées par le Préfet et composées d'administrateurs de l'hôpital, de délégués des médecins de l'Etablissement et du Syndicat médical de la région.

3° Lorsqu'une Commission administrative, en conformité de l'alinéa final de l'article 8 de la loi du 7 août 1851, exploite comme annexe de ses établissements, dont l'accès est réservé aux malades privés de ressources, une clinique indépendante destinée aux personnes possédant, au contraire, des ressources suffisantes pour payer tous les frais qu'elles occasionnent, une entente doit avoir lieu avec le Corps médico-chirurgical hospitalier et le Syndicat médical local. Ces organisations seront dotées d'un budget autonome et comporteront le libre choix du médecin et du chirurgien par le malade."[1043]

Ainsi, dans ces voeux exprimés par le corps médical organisé, celui-ci revendique le droit de percevoir des honoraires à l'hôpital pour lutter contre le "tout compris", les tarifs et le mode de rémunération devant être réglés par des contrats entre les syndicats et les caisses. Étonnamment, il ne semble plus être ici question d'entente directe obligatoire dans le cadre hospitalier, mais plutôt de liberté contractuelle pourtant rejetée par bon nombre de syndicats en ce qui concerne les autres champs d'application de la loi. La raison pourrait probablement être trouvée

1042 Ibid., p. 643.

1043 Ibid., pp. 643 - 644. Passages soulignés par nous.

dans les origines de l'hôpital en France, créé comme une oeuvre de charité et d'assistance pour les plus démunis[1044].

10.3.2.5. Les conclusions de la Commission de médecine pratique de l'Union

Nous en arrivons enfin aux conclusions de la Commission de médecine pratique de l'Union datant de mai 1928 :

"*La Commission de médecin pratique constate :*

Que la loi de 1851[1045] *n'a jamais interdit l'attribution d'honoraires médicaux pour les soins donnés aux bénéficiaires des lois sociales.*

Que le règlement d'administration publique prévu par l'art. 6 de la loi de 1851 n'est jamais intervenu.

Que les errements administratifs ont de ce fait toujours régi les hôpitaux.

Que la loi de 1898[1046] *a, pour la première fois, réglé par le "tout compris" les soins aux bénéficiaires de cette loi, mettant ainsi, pour la première fois, à la charge du Corps médical, les soins donnés à des hospitalisés non indigents [les accidentés du travail, NDLR].*

Que cette solution du "tout compris" est adoptée pour les soins donnés aux bénéficiaires des lois du 31 mars 1919[1047] *(à l'hôpital public) et du 5 avril 1928.*

Que les décrets rendus, ou à promulguer, par application de ces lois, sont ou seront, en réalité, subordonnés par le texte des lois ci-dessus à la loi de 1851 réglant les soins aux seuls indigents.

Qu'une telle situation exige la révision de la loi de 1851 avec concours des divers bénéficiaires.

La Commission de médecin pratique estime indispensable :

1° Le libre choix du médecin par l'hospitalisé, solution qui a la préférence du Corps médical. Ce libre choix est actuellement rendu à peu près illusoire par l'organisation hospitalière.

Cette situation doit être étudiée et solutionnée d'accord avec les Collectivités intéressées et par contrats syndicaux.

2° L'attribution d'honoraires pour les soins donnés aux bénéficiaires des lois sociales, sans exception : la perception et l'attribution des honoraires seront réglées par contrats entre tous les intéressés."[1048]

1044 Pour plus de détails sur ce point, le lecteur pourra se reporter à la source suivante : Rasmussen, Anne, 2012, op. cit., pp. 62 - 65.

1045 Loi régissant le fonctionnement des hôpitaux et notamment leur organisation administrative.

1046 Loi sur les accidents du travail.

1047 Loi des pensions.

1048 Ibid., p. 644. Passages soulignés par nous.

Ainsi, les discussions syndicales au sujet de l'organisation hospitalière dans le cadre des assurances sociales aboutissent à trois revendications essentielles, synthétisées dans les conclusions ci-dessus : le libre choix, l'attribution d'honoraires pour tous les soins donnés aux assurés sociaux, et l'établissement de contrats entre tous les intéressés réglant les modalités d'attribution des honoraires.

Nous retrouvons ici certaines briques élémentaires de l'entente directe, elle-même pilier de l'identité libérale de la profession. Là où le corps médical syndiqué change d'attitude par rapport à la médecine ambulatoire, c'est en ce qui concerne les modalités d'attribution des honoraires. Si en décembre 1927 les syndicats médicaux réclamaient encore l'entente directe pour les chirurgiens à l'hôpital, il ne semble plus en être question à partir de février 1928 avec un retour vers la liberté contractuelle.

Comme nous l'avons dit, les origines des hôpitaux en France, conçus comme des établissements d'assistance aux plus démunis - les "indigents" -, pourraient expliquer ce changement d'attitude du corps médical, soucieux de ne pas aborder trop directement la question de sa rémunération. Mais il est troublant que ce changement de cap ait lieu un mois à peine avant le vote de la loi par la Chambre (qui interviendra, rappelons le, le 15 mars 1928). Il est possible que le syndicalisme médical n'ait pas voulu adopter une position trop intransigeante face à des parlementaires nettement favorables à la liberté contractuelle, mais faisant preuve d'une certaine ouverture envers les revendications du corps médical. De plus, l'entente directe semble bien plus difficile à réaliser à l'hôpital où - en raison de ses origines - le contrôle administratif pèse d'avantage sur les médecins que dans le cadre de la médecine ambulatoire traditionnellement libérale.

10.3.3. Les revendications au sujet de l'article 6 de la loi du 5 avril 1928

Après les revendications d'ordre général précédemment exposées, le corps médical organisé exprime des revendication plus précises au sujet l'article 6[1049] de la loi du 5 avril 1928 récemment votée par le Chambre.

Concernant le paragraphe 1, les syndicalistes commentent :

> "*Cette rédaction souffle le froid et le chaud :*
>
> *Que signifie "dépendant de la caisse" ?*
>
> *Cela veut-il dire que les oeuvres diverses de prophylaxie et de cure organisées par les caisses elles-mêmes, devront être régies, en ce qui concerne les exploitations techniques, par les contrats prévus à l'art. 4, § 4 ; la dépendance de la caisse signifiant alors que ces oeuvres ne pourront*

1049 Le lecteur trouvera en annexe n° 9 le texte de l'article 4 tel que rédigé dans la loi du 5 avril 1928.

fonctionner que dans les conditions établies d'accord avec les caisses et les syndicats médicaux ?

Cette thèse est soutenable ; mais dans l'état actuel des dispositions du grand Patronat et de la Mutualité d'une part, de l'organisation syndicale d'autre part, elle paraît singulièrement dangereuse.

Que signifie encore le membre de phrase "ou ayant passé des contrats avec la caisse" ?

Rien dans cette rédaction n'apporte les précisions nécessaires en stipulant que ces contrats doivent être conformes au type prévu au § 4 de l'article 4 c'est-à-dire qu'ils doivent faire paraître des dispositions intervenues entre les caisses et les syndicats professionnels.

Et maintenant, le premier danger apparaît : les caisses pourront fonder, de leurs propres deniers, des établissements de cure, de prévention, dépendant uniquement d'elles et où les conditions de travail médical seront imposées par elles à un corps de médecins salariés.

Ou bien, elles pourront passer des contrats avec des établissements de prévention ou de cure, publics ou privés, contrats auxquels les Syndicats médicaux ne seront point partie et qui feront simplement paraître les dispositions de l'accord entre la caisse et l'oeuvre publique ou privée. Cette dernière restant libre de régler comme elle l'entend, avec ou sans la collaboration d'un corps de médecins fonctionnaires, les conditions de travail médical et toute l'organisation technique du milieu de prévention ou de cure."[1050]

En somme, il ressurgit ici la crainte de voir le médecin devenir un salarié, voire un fonctionnaire, ce qui irait à l'encontre de l'identité libérale de la profession. En ce sens, le corps médical, par ses syndicats, demande la plus grande liberté et la plus totale indépendance. Mais la citation précédente montre également la dualité existant entre indépendance et protection de la loi. En effet, une trop grande liberté, notamment dans le choix des établissements par les patients, risque d'engendrer la création d'une grande diversité d'établissements de soins dont le fonctionnement sera difficile à contrôler et allant potentiellement à l'encontre des intérêts des médecins. Le corps médical cherche donc à se défendre contre certains aspects de la loi, tout en cherchant sa protection.

Enfin, en ce qui concerne le Patronat et la mutualité, représentant tous les deux des dangers selon le syndicalisme médical, ils sont nettement favorables aux assurances sociales[1051]. Mais, tout comme les médecins, ils entendent participer dans la plus large mesure possible au contrôle de ce nouveau système d'assurances. De ce point de vue, il en résulte une concurrence entre les différents acteurs des assurances sociales.

1050 Ibid., p. 753. Passages soulignés par nous.
1051 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 292 - 293.

Concernant le paragraphe 2, le syndicalisme médical réagit en ces termes :

"*Appliqué sous cette forme, il mène tout droit au "tout compris" dont nous avons eu tant de mal à nous dégager en ce qui concerne les accidents du travail. Il est donc nécessaire de modifier sa rédaction de façon à préciser que les frais supportés par la caisse (et qui ne doivent pas dépasser les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'Assistance publique), sont les frais correspondant aux dépenses matérielles d'hospitalisation, à l'exclusion des honoraires fixés par le § 4 de l'article 4, lequel, il ne faut cesser de le dire, règle l'exercice de l'art médical dans tous les milieux de soins, "soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique".*"[1052]

En effet, comme le stipule le texte de loi, les frais supportés par les caisses le seront dans la limite des tarifs des malades admis dans le cadre de l'AMG[1053] ou des accidents du travail[1054]. Or, ces tarifs, notamment en ce qui concerne les accidents du travail, ont longtemps impliqué le "tout compris" - sorte de rémunération forfaitaire versée à l'hôpital -, que le corps médical craint ici de voir appliqué à l'assurance maladie. C'est la raison pour laquelle les syndicats médicaux demandent que les médecins perçoivent des honoraires à l'hôpital en vertu de l'article 4, en suivant les principes de l'exercice libéral. Par voie de conséquence, cela limite les possibilités de salariat voire de fonctionnariat.

Par ailleurs, comme le précise le Dr Batier, dans *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine* du 16 mai 1928[1055], il résiderait une injustice dans le "tout compris", dans la mesure où, pour une même consultation, le médecin serait payé en ambulatoire alors qu'il ne le serait pas obligatoirement à l'hôpital. Il en résulterait des inégalités entre praticiens ce qui explique également l'opposition des syndicats.

Nous ne feront que citer une autre revendication au sujet de la nouvelle loi, à savoir la représentation insuffisante des médecins au sein de l'administration hospitalière. En effet, à la lecture des archives syndicales, elle paraît accessoire comparée aux modalités de rémunération des médecins et au refus du "tout compris". De plus, il semble s'agir d'une revendication très générale à intégrer à celle du contrôle technique des assurances sociales par le corps médical.

1052 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 755. Passage souligné par nous.

1053 A noter que les tarifs de l'AMG sont révisés en 1928 (ibid., pp. 821 - 866).

1054 Pour les accidents du travail, les médecins sont toujours soumis au tarif Breton que nous avons étudié au début de notre travail. Notons qu'il existe des divergences d'opinion entre les chirurgiens fermement opposés à ce tarif et les médecins qui se montrent plus conciliants.

1055 Ibid., p. 667.

10.3.4. Le travail de la Commission de médecine pratique de l'USMF d'octobre 1928 en ce qui concerne l'hôpital

Une autre étape significative des débats syndicaux au sujet de la réorganisation hospitalière aura lieu en octobre 1928 lorsque se réunit la Commission de médecine pratique de l'Union.

Plusieurs médecins, dont le Dr Lenglet et des médecins parisiens, présenteront des rapports venant mettre en perspective celui du Dr Nordmann de la Fédération d'Alsace précédemment exposé. Étant donnée leur longueur nous ne les étudierons pas en détails et nous nous bornerons à en faire ressortir les points essentiels. Ces rapports seront également l'occasion de longs débats, en apparence peu productifs en raison du peu de recul des syndicalistes sur une question encore trop peu étudiée.

Ainsi, dans sa séance du 17 octobre 1928, la Commission de médecine pratique de l'USMF complète ses conclusions de mai 1928 sur l'organisation hospitalière :

> "*Tout d'abord, en ce qui regarde, en général, l'hospitalisation des malades payants :*
>
> *"L'application des lois de médecine sociale doit être l'occasion d'une réorganisation des centres d'hospitalisation qui utilise les ressources actuelles de la science, répond aux besoins des malades, et respecte les intérêts de la profession médicale dans son ensemble.*
>
> *L'isolement des malades, le libre choix du médecin, sont des dispositions dont, dans l'intérêt des bénéficiaires, on doit poursuivre la réalisation.*
>
> *La loi de 1851 régissant les hôpitaux destinés aux seuls indigents ne saurait régler les conditions de l'hospitalisation des malades payants (accidentés du travail, assurés sociaux).*
>
> *Pour utiliser les hôpitaux et établissements publics au profit des malades payants (accidentés du travail, assurés sociaux), l'article 8 de la loi de 1851 doit être interprété et appliqué de façon à obliger les Commissions administratives à régler les conditions de l'hospitalisation de ces malades suivant les dispositions des lois spéciales auxquelles ils ressortissent respectivement."*
>
> *Enfin voici le texte que la Commission de médecine pratique propose de substituer aux § 1 et 2 de l'article 6 de la loi d'A.S. [Assurances Sociales, NDLR] du 5 avril 1928 :*
>
> *§1. "L'assuré choisit librement l'établissement de prophylaxie ou de cure où il doit être surveillé ou traité (dispensaire, clinique, maison de cure ou de prévention) établissement dont le fonctionnement technique sera*

réglementé suivant les conventions résultant de contrats collectifs intervenus entre les caisses, ces établissements et les syndicats professionnels."

§2. "Dans ce cas, indépendamment des honoraires visés par l'article 4, les frais d'hospitalisation supportés par la caisse seront contenus dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à l'égard des malades admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite ou des accidentés du travail admis sous le régime de la loi du 9 avril 1898." "[1056]

Ainsi, les syndicats, par l'intermédiaire de la Commission mixte[1057] à laquelle la Commission de médecine pratique a transmis ses conclusions, demande une réglementation spécifique pour la prise en charge des malades payants pris en charge à l'hôpital. Nous remarquons que cela ne concerne pas uniquement les assurés sociaux, donc la nouvelle loi du 5 avril 1928, mais également les accidentés du travail dont la prise en charge est régie par le loi du 9 avril 1898, loi n'ayant jamais donné satisfaction au corps médical, essentiellement en ce qui concerne la prise en charge hospitalière.

Par ailleurs, et pour la première fois depuis le vote de la loi sur les assurances sociales, les syndicats demandent et proposent une modification d'un article, en l'occurrence les deux premiers paragraphes de l'article 6 sur la prise en charge hospitalière. Les revendications sont les suivantes : le libre choix (au moins de l'établissement à défaut de pouvoir choisir librement le médecin), les contrats collectifs en ce qui concerne le fonctionnement technique des hôpitaux, et l'adaptation des modalités de rémunération. Concernant les tarifs, indexés sur l'assistance et les accidents du travail, il n'est plus clairement précisé[1058] - sans doute volontairement - s'il s'agit de tarifs limitatifs ou non : certes les caisses ne prendraient pas en charge un montant supérieur à celui de l'assistance, mais rien ne précise si le médecin peut demander des honoraires supérieurs.

Toujours lors de la séance du 17 octobre et après l'exposé des revendications du corps médical organisé, plusieurs syndicalistes présentent leur rapport au sujet de l'organisation hospitalière dans le cadre des assurances sociales.

Le premier est le Dr Lenglet, dont l'exposé diffère sur certains points de celui du Dr Nordmann concernant l'hôpital de Colmar et exposé précédemment.

En ce qui concerne la valeur du travail médical, le Dr Lenglet évalue le coût journalier "d'entretien d'un lit", en 1921, à 24,11 francs dans les hôpitaux généraux et

---

1056 Ibid., pp. 682 - 683. Ces conclusions seront reprises quasi intégralement dans les conclusions de la première assemblée générale de la nouvelle CSMF (ibid., pp. 763 - 764). La CSMF ajoute toutefois la disposition suivante à sa proposition de modification de l'article 6 : "*Les honoraires médico-chirurgicaux seront indépendants des frais matériels d'hospitalisation*." Ceci a pour but de se protéger du "tout compris" en imposant une rémunération des actes médicaux. Cf. plus loin.

1057 Commission constituée par les groupements syndicaux ayant résultés de la scission.

1058 L'Union indiquait précédemment, dans ses revendications au sujet de l'article 6, que les tarifs ne devaient pas dépasser ceux de l'assistance ; la Commission mixte ne le précise plus.

à 23,50 francs dans les hôpitaux spécialisés[1059]. Ce coût grimperait même à plus de 40 francs dans certains hôpitaux[1060]. Mais la comparaison avec l'hôpital de Colmar est difficile, voire impossible, tant la situation alsacienne diffère du reste de la France. Notons que le Dr Lenglet ne donne pas d'évaluation du nombre de lits nécessaires, ni du budget global des hôpitaux, ni même des honoraires des médecins.

Pour ce qui est de l'augmentation du nombre de lits, alors que le Dr Nordmann prévoyait une adaptation des hôpitaux existants associée à la création de nouveaux établissements, le tout formant une structure homogène, le Dr Lenglet, lui, propose de scinder les hôpitaux en plusieurs catégories[1061] : les hôpitaux anciens qu'il faudra adapter, les hôpitaux patronaux (privés et fondés par certains patrons dans les centres ouvriers), les hôpitaux libres (établis et entretenus par la bienfaisance et la charité privée) auxquels la nouvelle loi enlèverait une grande partie de la "clientèle" et, enfin, les fondations médicales créées et dirigées par certains groupements médicaux.

Il convient de se questionner ici sur l'émergence d'inégalités d'accès aux soins, si la prise en charge hospitalière venait à dépendre de la catégorie sociale du patient. De plus, on peut supposer qu'un nombre aussi important de catégories pourrait compliquer l'organisation du système hospitalier et les négociations syndicales en raison des multiples interlocuteurs.

Il nous faut encore citer deux autres rapports, celui du Dr Deniker (de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne) et celui du Dr Drouet (secrétaire général de l'Union syndicale des médecins de la région parisienne, membre de l'USMF), sur "la réorganisation hospitalière au regard des Assurances sociales dans le département de la Seine", bien plus intransigeants que les précédents. Bien que ces rapports ne concernent que la région parisienne, ils serviront d'arguments à de nombreux détracteurs du système hospitalier de l'époque et des assurances sociales. De plus, ils revêtent une importance certaine au regard de l'influence des syndicats parisiens, dont le SMS.

Pour le Dr Deniker, il n'y aurait plus lieu de discuter d'une adaptation quelconque du texte de loi du 5 avril, en raison de son rejet par le corps médical, mais plutôt de prendre une position très précise vis-à-vis de la proposition éventuelle d'un nouveau texte de loi.[1062] Toutefois, rien dans les archives de l'USMF ne nous permet de dire que le corps médical a refusé de façon nette son concours à la loi sur les assurances sociales de 1928.

1059 Ibid., p. 698.
1060 Ibid., p. 699.
1061 Ibid., p. 696 - 697.
1062 Ibid., p. 706.

Mais le Dr Deniker l'admet, il est difficile - voire impossible - d'extrapoler la situation parisienne au reste de la France en raison d'une organisation particulière de l'Assistance publique propre à Paris.[1063] Les hôpitaux de Paris ont en effet la particularité de regrouper deux grands services d'assistance communale, à savoir le service hospitalier et le service des secours à domicile, qui sont régis par la loi de 1849[1064]. Le rapport présenté concerne donc exclusivement cette ville.

Enfin, il en arrive aux résultats[1065] de son rapport que nous allons tâcher de synthétiser. D'une manière générale, il estime que de nombreuses entorses ont déjà été faites par les lois sur les accidents du travail et les pensions en ce qui concerne l'admission de malades non nécessiteux dans les hôpitaux de l'Assistance publique (AP). Le Dr Deniker fait probablement référence ici à la "demi-assistance". En effet, en principe, les hôpitaux devraient être réservés aux indigents. Il en découle selon lui que, si les hôpitaux n'ont pas pu être réorganisés convenablement pour les pensionnés de guerre et les accidentés du travail, il est probable qu'il en sera de même pour les assurés sociaux. Il faudrait donc admettre des assurés sociaux dans les hôpitaux de l'AP, mais à la condition que l'assuré paye à l'AP le matériel utilisé et les soins. Les sommes versées pour les soins réalisés seraient utilisées pour rémunérer le personnel médical, dont les médecins.

Ce rapport sera adopté par la Fédération Corporative des Médecins de la région parisienne.

Passons au rapport du Dr Drouet, qui fait le même constat que le Dr Deniker en ce qui concerne les entorses faites à l'organisation originelle de l'AP. Il rappelle que jusque là, officiellement du moins, l'administration de l'Assistance Publique de Paris, toujours régie par la loi de 1849, n'ouvrait ses hôpitaux qu'aux indigents, aux nécessiteux, et depuis 1893 aux assistés. Selon lui, une première brèche aurait été faite par la loi de 1898 sur les accidents du travail et une seconde par la loi des pensions, en faisant entrer des patients non nécessiteux à l'hôpital. Mais ces deux lois n'intéressaient toutefois qu'un relativement petit nombre de malades et de blessés.[1066]

Mais le Dr Drouet, dans les résultats de son rapport, s'oppose nettement au Dr Deniker, dont il juge les réserves insuffisantes et estime inacceptable de soigner les assurés sociaux dans les hôpitaux de l'AP. Ainsi, il commente :

> "*Le Corps médical avait d'ailleurs toujours protesté contre l'admission des accidentés dans les hôpitaux de l'Assistance, estimant avec juste raison que les accidentés ne sont pas des indigents ni des assistés, mais bien des payants.*

1063 Ibid., pp. 706 - 707.
1064 Administration générale de l'Assistance publique à Paris, *L'Assistance publique en 1900*, Paris : Masson, 1900, p. 27.
1065 USMF, *Le Médecin syndicaliste*, 1928, pp. 707 - 710.
1066 Ibid., p. 710.

Or, aujourd'hui, avec la loi du 5 avril, le législateur prétend ouvrir tout grand les hôpitaux de l'Assistance publique aux payants que seront les bénéficiaires de cette loi, c'est-à-dire près de la moitié de la population parisienne.

En présence d'une telle offensive de la part de nos parlementaires, qu'allons nous faire ?

Nous devons maintenir que, non seulement en principe, mais aussi en fait, l'hôpital doit être réservé aux indigents et aux nécessiteux. Contrairement à la Fédération Corporative, nous déclarons que ce principe doit être intégralement respecté. [...]

Il est certain, comme le fait remarquer le rapport Deniker, qu'à Paris et dans le département de la Seine il n'existera pas avant longtemps des maisons de santé privées en nombre suffisant pour soigner tous les malades payants.

Nous admettons donc que les villes, les départements, et même l'Etat, continuent à suppléer à l'initiative privée défaillante en gérant des hôpitaux pour les malades payants, surtout pour ceux qui peuvent payer un gros prix. Nous admettons qu'il existe à Paris plusieurs maisons de santé genre Dubois[1067]*. Nous considérons même cette existence comme une nécessité pour longtemps encore, et nous voyons très bien un ou plusieurs des hôpitaux de l'Assistance publique transformés en hôpitaux pour payants.*

Mais, nous exigeons que ces hôpitaux pour payants, véritables maisons de santé à bon marché, soient nettement séparés des hôpitaux de l'Assistance publique et qu'ils aient un budget autonome."[1068]

Notons d'emblée que les passages soulignés le sont par l'Union qui n'insistait sur aucun passage du rapport du Dr Deniker, ce qui laisse supposer que son soutien va bien d'avantage au Dr Drouet qu'à son confrère.

Nous remarquons que ce rapport est bien plus intransigeant que le précédant en ce qui concerne l'admission des assurés sociaux à l'hôpital. Il est possible que la crainte du "tout compris", duquel découle une rémunération jugée insuffisante par les médecins, voire inexistante, en soit une cause. En effet, si les malades relevant des lois de 1898 et 1919 ont été admis à l'hôpital et donc, bien souvent, sous le régime du "tout compris", il pourrait en être de même pour les assurances sociales,mais à une échelle bien plus importante. C'est sans doute la raison pour laquelle le Dr Drouet souhaite que des hôpitaux spécifiques aux assurés soient créés et séparés

1067 Maison de santé ayant pour but de procurer à des prix modérés une chambre particulière, ou une place dans un dortoir de quelques lits, aux malades peu fortunés qui peuvent cependant se faire soigner à leurs frais. Elle fut créée par le Conseil général des hospices de Paris par l'arrêté du 6 janvier 1802. Voir notamment : Lecorché ; Talamon, Ch, *Études médicales à la maison municipale de santé (maison Dubois)*, Paris : Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier éditeurs, 1881, préface pp. V - VI.

1068 Ibid., pp. 710 - 711. Passages soulignés par l'Union.

aussi bien physiquement que financièrement des hôpitaux de l'assistance, au risque de créer - peut-être - une "médecine à deux vitesses".

Le Dr Drouet voit deux avantages[1069] à la réforme qu'il propose. Premièrement, elle ne changerait rien au mode de recrutement actuel du personnel médical des hôpitaux et ne nuirait en rien à l'enseignement. Deuxièmement, elle permettrait au corps médical des hôpitaux d'obtenir plus facilement la rémunération légitime qu'il estime lui être due pour les soins donnés aux malades payants.

Puis le Dr Drouet en arrive à la conclusion de son rapport où il juge inacceptable l'acceptation du rapport de son confrère Deniker par la Fédération Corporative des Médecins de la région parisienne, car ses conclusions iraient à l'encontre des principes jusqu'ici admis par les syndicats médicaux, à savoir que les hôpitaux de l'Assistance publique devraient être réservés aux seuls indigents et nécessiteux.[1070] Il demande ainsi que les syndicats parisiens étudient la question de la réorganisation hospitalière parisienne dans le sens d'une séparation budgétaire complète des hôpitaux exclusivement réservés aux indigents (Assistance publique) d'une part, et des hôpitaux exclusivement réservés aux malades payants ("hôpitaux-maisons de santé") d'autre part.[1071]

Quelques pages plus loin, l'Union publie un extrait d'une entrevue avec le directeur de l'administration de l'AP.[1072] Celui-ci estime difficilement réalisable l'organisation présentée dans ce rapport. Elle ne saurait en effet se faire aux dépends des hôpitaux actuels, l'administration de l'AP ne pouvant laisser diminuer le nombre de lits dont elle a actuellement la gestion. Cette création ne paraît cependant pas impossible, et un essai pourrait être tenté si l'administration de l'AP était autorisée, par exemple, à remettre à la future "régie hospitalière", la gestion de la Maison municipale de santé dite "Maison Dubois", qui actuellement est une charge pour elle. Un tel dessaisissement de l'administration de l'AP en faveur de la nouvelle "régie" ne pourrait d'ailleurs se faire que si, en banlieue ou ailleurs, on construisait pour l'Assistance Publique un hôpital renfermant le même nombre de lits, et qui lui serait remis en échange. L'Union saisit par ailleurs cette occasion pour demander la suppression des salles communes ce qui lui est refusé pour des raisons budgétaires.

10.3.5. Les travaux de la première assemblée générale de la CSMF

En septembre 1928, au lendemain de la réunification du syndicalisme médical français et après de longues discussions et plusieurs rapports, la première

1069 Ibid., p. 711.
1070 Ibid., p. 712.
1071 Idem.
1072 Ibid., p. 715.

assemblée générale de la toute nouvelle CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux de France) adopte les conclusions suivantes :

"*En ce qui concerne l'hospitalisation des bénéficiaires de la loi d'assurances sociales :*

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français donne mandat à son Conseil de veiller à ce que les textes légaux ou administratifs soient conformes aux dispositions suivantes :

"L'assuré choisit librement l'établissement de prophylaxie ou de cure où il doit être surveillé ou traité (dispensaire, clinique, maison de cure ou de prévention), établissement dont le fonctionnement technique sera réglementé suivant des conventions résultant de contrats intervenus entre les caisses, ces établissements et les Syndicats professionnels. >>

<< Les honoraires médico-chirurgicaux seront indépendants des frais matériels d'hospitalisation. >>

Les Syndicats s'inspireront de ces principes dans l'établissement de leurs contrats."[1073]

Cet ordre du jour reprend fidèlement les conclusions de la Commission de médecine pratique de l'USMF de mai 1928, en y ajoutant toutefois une disposition plus claire visant à garantir le versement d'honoraires pour les soins médicaux distincts des frais liés au matériel, afin de se protéger du "tout compris". A noter également qu'en 1928, un projet de loi visant à modifier la loi de 1898 sur les accidents du travail est à l'étude devant le Sénat[1074], présentant une nouvelle occasion pour les syndicats de supprimer totalement le "tout compris" toujours en vigueur dans bon nombre d'hôpitaux.

L'ordre du jour se poursuit et précise la nécessité d'une réorganisation hospitalière visant à distinguer l'assurance de l'assistance. Encore une fois, il reprend dans un premier temps les conclusions de la Commission de médecine pratique de l'Union de mai 1928, que nous ne citerons pas à nouveau. Puis la CSMF apporte certaines précisions en ce qui concerne ses revendications sur ce point :

"*Lorsqu'une Commission administrative hospitalière désire exploiter, comme annexe de ses établissements réservés aux malades privés de ressources, une maison de santé destinée aux personnes possédant au contraire, des ressources suffisantes pour payer leurs frais d'hospitalisation et de traitement, elle devra :*

1° assurer à cette formation un budget autonome ;

1073 Ibid., p. 763. Passages soulignés par nous.

1074 Ibid., pp. 765 - 776. Les principaux points en cours d'étude sont les suivants : extension de la loi aux travailleurs intellectuels, suppression du non paiement à l'assuré du demi-salaire des quatre premiers jours, payement des frais médicaux sans interruption de travail, établissement d'un tarif limitatif de frais médicaux et chirurgicaux, suppression du "tout compris" à l'hôpital, établissement en double exemplaire du certificat médical, établissement en tout temps du certificat d'incapacité permanente prévisible, droit aux honoraires pour soins donnés pour rechute ou aggravation de la lésion après consolidation, protection du libre choix.

2° conclure avec le Corps médico-chirurgical hospitalier et le Syndicat médical local une entente comportant le libre choix du médecin et du chirurgien par le malade, et réglant, par des dispositions contractuelles, toutes questions afférentes au fonctionnement technique de la maison de santé et à l'exercice de la médecine dans cette maison. [...]

Les Syndicats s'efforceront localement de faire pénétrer leurs délégués dans les Commissions administratives des hôpitaux publics ou de tout établissement de prévention ou de soins dû à l'initiative publique ou privée."[1075]

Enfin, dans les ultimes échanges qui ont eu lieu durant cette assemblée générale, les syndicalistes insistent sur la nécessité d'un texte de loi plus précis en ce qui concerne le libre choix à l'hôpital, la loi de 1928 demeurant floue sur ce point.[1076]

Finalement, les revendications de la CSMF nouvellement créée, en ce qui concerne l'organisation du système hospitalier dans le cadre de la loi de 1928 sur les assurances sociales, peuvent se résumer en plusieurs points.

Il y a tout d'abord le libre choix de l'établissement et du praticien, principe constitutionnel de l'entente directe et dont l'organisation pratique semble complexe à mettre en oeuvre.

Ensuite, les syndicats demandent la formation de budgets distincts entre les hôpitaux de l'assurance et ceux de l'assistance, afin - probablement - de se protéger du "tout compris" perçu comme une atteinte à la médecine libérale.

Enfin, ils demandent que l'organisation technique des hôpitaux se fasse par des contrats passés entre les caisses, l'administration hospitalière et les syndicats de médecins, ceci faisant d'avantage appel à la liberté contractuelle qu'à l'entente directe.

Pour arriver à ses fins, le syndicalisme médical entend obtenir une représentation significative au sein de l'administration hospitalière, représentation qui, pour le moment, n'est pas inscrite dans la loi sur les assurances sociales de 1928. A noter que seule une circulaire ministérielle incite à une telle représentation sans en faire une obligation.

La CSMF réaffirmera à de nombreuses reprises ces principes durant les différentes assemblées générales, jusqu'en 1930.

1075 Ibid., p. 764.

1076 Cela est à nouveau exprimé lors de l'assemblée générale de la CSMF de décembre 1928 : CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, p. 13

10.3.6. Les revendications au sujet du règlement général d'administration publique

Début 1929, la CSMF publie dans Le Médecin de France, son nouvel organe de presse, les premiers projets de règlement général d'administration publique déterminant les modalités d'application de la loi du 5 avril 1928. Dès le mois de janvier, la CSMF étudie ce règlement et exprime ses premières revendications. Afin de ne pas nous écarter du thème de notre chapitre, nous ne traiterons que la question hospitalière et nous étudierons plus loin dans notre travail l'élaboration de ce règlement dans un cadre plus général.

10.3.6.1. Le projet de règlement général d'administration publique de janvier 1929

1.3.6.1.1. Le contenu du projet en ce qui concerne l'hôpital

Le premier projet de règlement, transmis en janvier à la CSMF par M. Loucheur comporte plusieurs articles qui touchent au fonctionnement des hôpitaux.

Les tarifs, tout d'abord, sont régis par l'article 37, § 2 :

> "*Les tarifs applicables aux actes médicaux généraux, spéciaux et dentaires, accomplis tant au domicile du praticien ou du malade que dans les établissements de soins appartenant à la caisse, et aux indemnités de déplacement des praticiens, sont fixés selon les localités, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires et eu égard à la condition des bénéficiaires de l'assurance. Ils sont opposables à tout praticien, affilié ou non au syndicat contractant, qui, par une déclaration adressée à la caisse, a adhéré complètement à la convention.*"[1077]

On remarque que ces tarifs sont limitatifs pour les médecins ayant signé une convention passée avec les syndicats professionnels. Toutefois, il n'est pas fait mention du cas où un médecin ne la signerait pas. Par ailleurs, ce paragraphe semble remettre en cause l'habilitation des unions syndicales dans la mesure où un médecin non syndiqué peut signer la convention.

Pour ce qui est des conventions passées avec les établissements de soins, il faut se reporter à l'article 38 :

> "*§ 1er. - Les conventions passées avec les établissements de soins fixent :*

1077 Ibid., p. 45.

1° Les conditions dans lesquelles seront dispensées les prestations en nature, ainsi que les modalités relatives au contrôle pour l'établissement de ces services techniques et respectant le droit de regard de la caisse ;

2° Les tarifs applicables aux soins, aux médicaments et aux appareils ;

3° Les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation proprement dits et aux frais matériels.

§ 2. - Les tarifs applicables aux soins, aux médicaments et aux appareils, pour les assurés soignés dans les établissements de soins, avec ou sans hospitalisation, sont fixés conformément aux dispositions des paragraphes 2 et 3 de l'article 37.

§ 3. - Les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation proprement dits et aux frais matériels dans lesdits établissements sont fixés, compte tenu des tarifs ordinaires de l'établissement et eu égard à la condition des bénéficiaires de l'assurance."[1078]

Cet article reprend la proposition de la sous-commission médico-pharmaceutique[1079], réunie en décembre 1928, et contenue dans l'article E, § 4 :

"*Les modalités et tarifs de soins donnés dans ces établissements sont fixés par des conventions intervenant, sous réserve de l'approbation de la commission tripartite prévue à l'article 7 de la loi, entre les caisses d'assurances, d'une part et, suivant le cas, soit les syndicats professionnels de praticiens, soit ces syndicats et lesdits établissements, d'autre part, en ce qui concerne tant l'hospitalisation et les frais matériels que les soins médicaux et spéciaux.*"[1080]

Notons que, même si la notion de "tarif applicable aux soins" peut suggérer une absence de tarif global donc de "tout compris", il n'est toutefois pas fait directement allusion aux honoraires des médecins à l'hôpital.

Nous en venons à l'article 40, § 3, qui traite du libre choix et du contrôle des praticiens :

"*L'assuré s'adresse librement aux établissements de soins de son choix, appartenant à la caisse ou avec lesquels elle a passé des conventions. Il peut s'adresser, en outre, aux autres établissements de soins ; mais le supplément des frais pouvant résulter de ce choix, tant pour les soins, médicaments et appareils, que pour l'hospitalisation, est laissé à la charge de l'intéressé. L'assuré qui désire être admis dans un établissement de soin ayant traité avec la caisse, exerce son choix sur l'établissement et non sur le*

1078 Ibid., p. 46.

1079 Il s'agit d'une commission composée de tous les acteurs des assurances sociales, essentiellement créée à l'initiative des syndicats médicaux, présidée par le Pr Balthazard, également président de la CSMF, et ayant entre autre pour but de discuter les modalités d'application de la loi donc le projet de règlement d'administration publique. Nous reviendrons plus loin dans notre travail sur cette commission dans un cadre plus général.

1080 Ibid., p. 41.

praticien. Les contrats passés avec les établissements privés peuvent toutefois reconnaître à l'assuré le droit de choisir son praticien parmi ceux attachés ou non à l'établissement. Dans tous les cas, le praticien qui donne ses soins à un assuré dans un établissement privé est tenu de se soumettre au contrôle technique du syndicat professionnel."[1081]

Le libre choix est donc assuré en ce qui concerne l'établissement, bien qu'il puisse être considéré comme restreint par le coût financier qu'il peut engendrer pour l'assuré. Il ne porte pas, et le texte est très clair sur ce point, sur le praticien dans le cadre de l'hôpital public. Les hôpitaux privés, par contre, peuvent octroyer ce droit aux assurés dans la mesure qu'ils souhaiteront. Pour ce qui est du contrôle, il semble ici préserver l'habilitation syndicale pour le secteur privé sans faire mention du contrôle en secteur public.

Enfin, l'article 55 assure l'indépendance des établissements de soins :

"*Les administrations hospitalières, liées par contrat avec des caisses d'assurances, contrôlent elles-mêmes et seules les établissements, sous réserve des modalités de contrôle fixées par le contrat et respectant le droit de regard de la Caisse.*"[1082]

Cela semble restreindre la possibilité d'un contrôle administratif par les syndicats médicaux. De ce point de vue, les hôpitaux seraient totalement autonomes.

Notons encore qu'aucun article de ce projet ne traite du budget des hôpitaux qui demeure, semble-t-il, régi par les lois antérieures.

10.3.6.1.2. La réaction de la CSMF

Lorsque se réunit la Commission des lois sociales, le 17 février 1929 sous la présidence du Pr Balthazard, celle-ci exprime plusieurs critiques au sujet des articles présentés ci-dessus[1083].

Au sujet des tarifs et de l'article 37, les opinions des syndicalistes semblent diverger. Comme le souligne le président de la Commission, le Ministre du travail tiendrait à ce qu'il y ait des tarifs d'une manière générale et notamment à l'hôpital. Pour le Dr Renon, son interprétation du règlement le conduit à penser que l'application des tarifs se limiterait aux établissements de soins qui dépendent des caisses. Selon lui, cela serait contraire à l'article 4, § 4, de la loi selon lequel il s'appliquerait au milieu hospitalier en général. Le Dr Balthazard réagit en affirmant, sans toutefois donner beaucoup d'arguments, que les tarifs seraient indispensables

1081 Ibid., p. 47.
1082 Ibid., p. 51.
1083 Ibid., pp. 121 - 126.

à l'hôpital. La Commission conclut finalement ce point en réaffirmant l'attachement du corps médical à l'entente directe à laquelle il faudrait s'en tenir strictement. Cela ne paraît toutefois pas incompatible avec l'existence de tarifs, à condition qu'ils ne soient pas limitatifs. Rappelons que, selon le projet de règlement d'administration publique, ils ne seraient limitatifs à l'hôpital qu'à condition que les médecins signent une convention, sans qu'il ne soit prévu le cas où les médecins ne la signeraient pas. Sur ce point précis, le Pr Balthazard estime qu'il est possible d'adhérer aux conventions sans adhérer aux tarifs. Pourtant, rien dans la loi ni dans les articles du projet de règlement ne permettent d'étayer cette affirmation.

Concernant l'article 38, les syndicalistes protestent étonnamment contre la formulation "les tarifs applicables aux soins" alors que cela pouvait permettre, selon nous, d'écarter le "tout compris" tant redouté. Il est probable qu'en réalité la CSMF demande une formulation plus précise du type "les honoraires applicables aux soins", car rien ne dit, en effet, que les tarifs des soins soient superposables à des honoraires versés aux médecins. La Commission poursuit et demande qu'il soit précisé dans l'article 38, tout comme dans l'article 4, § 4, de la loi, que les syndicats participent à l'élaboration des contrats et de la convention. Enfin, le Dr Renon fait remarquer que du point de vue de cet article, les hôpitaux demeurent autonomes, autrement dit fonctionneraient sans contrôle des syndicats médicaux.

La Commission en arrive à l'article 40 qui semble intéresser les syndicalistes en particulier. Ils protestent énergiquement contre le § 3 qui limiterait le libre choix et serait, selon eux, contraire à la loi. Le Dr Cibrie, nouvellement promu secrétaire général de la CSMF, souligne les dangers d'un tel article et souhaite vivement que le libre choix concerne également le praticien. Rappelons que le libre choix apparaît souvent dans la bouche des syndicalistes comme un constituant de l'entente directe.

Pour finir, nous en venons aux critiques adressées à l'article 55. Pour la Commission des lois sociales, il réside un danger dans la rédaction de cet article dans la mesure où il écarterait la représentation syndicale des médecins dans l'administration hospitalière publique. Deux cas sont ainsi considérés : les hôpitaux de province où le danger serait grand, et les hôpitaux des grandes villes qui suscitent moins d'inquiétudes. Peut-être la CSMF estime-t-elle que le danger est plus grand là où les syndicats sont moins nombreux et où le syndicalisme est donc moins armé pour faire face à l'administration. Toutefois, la Commission n'argumente pas ce point.

Suite à la publication du premier projet de règlement général d'administration publique, plusieurs lettres sont échangées avec le Ministre du travail, M. Loucheur, lettres que la CSMF n'a semble-t-il pas publiées dans *Le Médecin de France*. Tout juste le Pr Balthazard déclare-t-il que les lettres du Ministre obligent les médecins, par des termes catégoriques, à se plier à la loi et au règlement en cours d'étude, alors même que les intéressés n'auraient pas été consultés[1084].

1084 Ibid., p. 126.

10.3.6.2. Le règlement général d'administration publique du 30 mars 1929.

Le décret du 30 mars 1929, portant règlement d'administration publique, parait finalement au Journal Officiel le 5 avril[1085]. Comme précédemment, nous nous bornerons ici à étudier les articles concernant les établissements de soins.

10.3.6.2.1. Le contenu du règlement en ce qui concerne l'organisation hospitalière

Pour ce qui est du libre choix, l'article 32, paragraphe 1er, précise qu'il n'existe, en ce qui concerne le choix du praticien, qu'en dehors de l'hôpital : "*Conformément au paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 5 avril 1928, l'assuré soigné sans hospitalisation choisit librement son praticien [...].*"[1086] Rappelons que le paragraphe en question est très court et se limite à "*l'assuré choisit librement son praticien*", sans préciser d'éventuelles limites de ce libre choix.

L'article 33, paragraphe 1er, aborde quand à lui les conditions du libre choix à l'hôpital :

> "*Par application de l'article 4, paragraphe 4, et de l'article 6, paragraphes 1er et 2, de la loi, l'assuré qui doit être soigné par voie d'hospitalisation exerce librement son choix entre les établissements de soins qui appartiennent à la caisse ou avec lesquels elle a passé des conventions. Il peut s'adresser également à d'autres établissements de soins ; mais le supplément de frais pouvant résulter de ce choix, tant pour les soins, médicaments et appareils que pour l'hospitalisation, est laissé à la charge de l'intéressé.*
>
> *L'assuré soigné dans un établissement appartenant à la caisse ou ayant traité avec elle, n'a pas le choix du praticien. Les contrats passés avec les établissements privés peuvent toutefois conférer à l'assuré le droit de choisir son praticien parmi ceux attachés ou non à l'établissement.*"[1087]

Notons qu'il existe une distinction entre établissement public et établissement privé. Le libre choix est plus restreint dans le secteur public, probablement dans le but de faciliter les contrôles.

Concernant les tarifs, l'article 37, § 2, précédemment étudié est scindé en deux et devient les § 1 et 2 du nouvel article 37. Le texte est donc modifié et ne considère plus le cadre spécifique des établissements de soins :

1085 Il s'agit de la date de publication donnée par la CSMF.
1086 Ibid., p. 215.
1087 Idem. Passage souligné par nous.

"*Art. 37, § 1er. - Les tarifs applicables pour la rémunération des soins médicaux donnés au domicile de l'assuré ou du praticien sont établis par localités et fixés dans les limites maxima des tarifs syndicaux ordinaires.*

§ 2. - Ils sont opposables à tout praticien, affilié ou non au syndicat contractant, qui, comme il est dit à l'article 32 ci-dessus, a, par une déclaration adressée à la caisse, expressément adhéré à la convention."[1088]

Ainsi, en dehors du fait qu'il s'applique désormais à un cadre bien plus large, ce paragraphe n'a pas été modifié dans le fond. Il devient toutefois applicable aux hôpitaux privés en vertu de l'article 40 (voir plus loin), rien n'étant précisé en ce qui concerne le secteur public.

L'article 38 précédant, concernant les conventions, devient l'article 39 du nouveau projet. Le texte est ainsi modifié :

"*Art. 39. - § 1er. - Les conventions passées entre les caisses et les établissements publics hospitaliers déterminent :*

1° Les conditions dans lesquelles sont admis et hospitalisés les assurés malades ;

2° Les conditions dans lesquelles leur sont donnés les soins ;

3° Les conditions dans lesquelles leur sont fournis les médicaments et appareils ;

4° Les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation dans les limites fixées à l'article 6, paragraphe 2 de la loi.

5° Les modalités du contrôle général exercé par la caisse en vertu de l'article 7, paragraphe 1er, de la loi.

6° Les dispositions prises par l'administration hospitalière pour assurer le contrôle technique.

§ 2. - Les tarifs applicables pour les soins donnés dans les établissements publics hospitaliers et pour les fournitures de médicaments et d'appareils qui y sont effectuées sont fixées, dans les limites maxima prescrites aux deux articles précédents, par des conventions passées par les caisses, soit avec les administrations hospitalières après entente avec les syndicats professionnels composés exclusivement des praticiens attachés à ces établissements, soit avec les syndicats professionnels composés exclusivement des praticiens attachés à ces établissements, après entente avec lesdites administrations hospitalières."[1089]

Cet article ne semble pas plus précis que la version précédente en ce qui concerne les honoraires en milieu hospitalier. On remarquera que, dans plusieurs alinéas, le terme "tarif" a été substitué par le terme plus vague de "conditions". Enfin, les tarifs ne pourront être établis qu'avec des médecins syndiqués attachés aux

1088 Ibid., p. 217 - 218.
1089 Ibid., p. 218.

établissements intéressés, ce qui pourrait limiter la neutralité des conventions établies.

L'article 40 est lui aussi modifié et ne concerne plus spécifiquement le libre choix :

> "*Art. 40. - § 1er. - Les conventions passées entre les caisses et les établissements de soins privés déterminent, dans les limites maxima prescrites aux articles 37 et 38 ci-dessus, les conditions dans lesquelles sont admis et hospitalisés les assurés malades, les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation et les modalités de contrôle général exercé par la caisse.*
>
> *§ 2. - Les tarifs applicables pour la rémunération des soins dans ces établissements et pour les fournitures de médicaments et d'appareils qui y sont effectuées, ainsi que les modalités du contrôle technique, sont déterminés dans les limites maxima prescrits aux articles 37 et 38 ci-dessus, par des conventions passées par les caisses, soit avec lesdits établissements de soins après entente avec le syndicat ou l'un des syndicats professionnels de praticiens prévus à l'article 35, paragraphe 2 du présent décret, soit avec ce syndicat après entente avec lesdits établissements.*"

Ainsi, les conditions d'hospitalisation des assurés dans les établissements privés, dont le libre choix, seraient déterminées par des conventions passées entre les caisses, les établissements et les syndicats médicaux. Notons que précédemment, le libre choix de l'établissement était garanti pour le secteur privé comme pour le secteur public. En ce qui concerne les établissements publics, il faut désormais se référer à l'article 39 qui, lui non plus, n'aborde pas directement le libre choix. Si cette question semble être évincée du nouveau projet, il est probable qu'elle ressurgisse au moment de l'établissement des conventions. Pour Jean-Paul Domin, cette distinction entre secteur privé et public aurait pour but de préserver le caractère charitable de l'hôpital public au sein duquel il ne serait en réalité pas prévu de libre choix du médecin[1090].

Toutefois, rien dans le règlement général d'administration publique n'étaye l'affirmation de l'auteur selon lequel il n'y aurait pas de libre choix du médecin à l'hôpital public, cette question devant être réglée par les conventions. En réalité, si le règlement d'administration publique ne garantissait plus le libre choix à l'hôpital, il ne l'interdisait pas non plus. C'est ultérieurement, lors de l'établissement des conventions à l'hôpital public que le libre choix du praticien fut supprimé.

L'article 55, sur l'autonomie des établissements de soins, est modifié comme suit :

> "*Art. 55. - § 1er. - Il est pourvu au contrôle de l'ensemble des services des établissements publics hospitaliers tant par les administrations hospitalières que par les autorités qualifiées à cet effet, conformément aux*

1090 Domin, Jean-Paul, 2002, op. cit.

lois et règlements qui régissent ces établissements et sous réserve du droit de regard de la caisse tel qu'il résulte des conventions passées avec ces établissements.

§ 2. - Le contrôle technique est assuré conformément aux dispositions auxquelles se réfèrent les conventions visées à l'article 39 du présent décret."

Encore une fois, les points sources de litiges avec le corps médical semblent avoir quelque peu perdu en précision. Toujours est-il que la rédaction parait à présent moins stricte et laisse peut-être une place plus grande aux syndicats médicaux par l'intermédiaire des conventions négociées avec eux.

Enfin, l'article 56 est ajouté, précisant les conditions du contrôle "technique" à l'hôpital :

"*En ce qui concerne les établissements privés et les établissements appartenant à la caisse, le contrôle technique s'exerce par l'intermédiaire de l'un des syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la caisse à passer des conventions. Il ne peut être confié à un syndicat composé des seuls médecins de l'établissement.*

Ce contrôle s'exerce dans les conditions prévues à l'article 53 du présent décret."

Ce contrôle est assuré par les représentants du corps médical, comme le souhaitait la CSMF.

10.3.6.2.2. La réaction de la CSMF

Dans son numéro du juin[1091] du *Médecin de France*, la CSMF nous offre une analyse critique des articles précédents[1092].

Commençons, dans l'ordre, par l'article 32, § 1er. La Confédération se contente d'affirmer qu'il est contraire à la loi dans la mesure où le libre choix du praticien doit être absolu et appliqué dans tous les domaines de la médecine, y compris dans les établissements de soins.

En ce qui concerne l'article 33, § 1er, et l'absence de libre choix à l'hôpital public, les syndicalistes se limitent à relever la restriction faire au libre choix du praticien sans faire plus de commentaire.

La CSMF passe ensuite à l'article 37, § 1 et 2. Etant donné que l'article n'est plus spécifique aux établissements de soins, les revendications de la CSMF ne le sont plus non plus. Ainsi les syndicalistes, dans un cadre très général, demandent

1091 L'analyse est publiée en juin mais il est possible, au vu des propos qu'elle contient, qu'elle soit antérieure de quelques semaines à sa publication.

1092 Ibid., pp. 214 - 226.

l'entente directe obligatoire nuancée par un possible tiers payant pour les malades les plus pauvres.

En ce qui concerne l'article 39 et les conventions passées avec les établissements de soin, la CSMF commente : "*Le Conseil d'Etat, quand il le veut, donne à la loi une extension ou une restriction qui semble aux profanes un peu ahurissante.*"[1093] Puis la CSMF reproche à certains syndicats, notamment parisiens, d'avoir été créés, non pas pour défendre les intérêts généraux du corps médical, mais pour défendre des intérêts particuliers liés aux tarifs dans les hôpitaux de la région. On peut toutefois penser que la critique est excessive étant donné que le règlement n'est pas entré en vigueur d'où une influence probablement modeste sur le corps médical. C'est également l'occasion pour les syndicalistes de demander à nouveau des honoraires pour les soins hospitaliers, alors que la nouvelle version du projet de règlement leur apparaît plus vague que la précédente sur ce point. En effet, la question des honoraires hospitaliers devra désormais être abordée dans les conventions.

Nous en venons à l'article 40 dont les dispositions sont qualifiées de "défectueuses" par la CSMF. La discussion de cet article est repoussée par le Confédération pour être débattue directement avec le Ministre du travail, Louis Loucheur. Notons que la CSMF mentionne une rencontre avec M. Loucheur datant d'avril 1929 durant laquelle le Ministre aurait affirmé sa volonté de préserver le libre choix de l'établissement sans toutefois s'avancer sur le libre choix du médecin[1094].

La CSMF n'apporte pas de commentaire nouveau en ce qui concerne les articles 55 et 56, qui semblent donner satisfaction aux syndicalistes.

Le 2 juin 1929, lors de l'Assemblée générale de la CSMF, et après l'étude du projet de règlement général d'administration publique, le Dr Vanverts estime que le libre choix n'est en rien garanti de même que l'entente directe, et que la façon dont les tarifs son calculés devrait être revue. Il fait voter un ordre du jour particulièrement intéressent en ce sens, dont voici le contenu :

"*I. CONSTATATIONS*

a) La loi accorde à l'assuré le libre choix du praticien. Le règlement d'administration publique ne tient pas compte de la loi en ce qui concerne l'hospitalisation, l'assuré étant obligé dans les établissements publics et pouvant être obligé dans les établissements privés d'accepter les soins d'un praticien qu'il n'a pas choisi et en qui il peut n'avoir pas confiance.

b) Les hôpitaux ont été fondés pour recevoir les indigents malades.

C'est pour cette raison qu'ils ont reçu et qu'ils reçoivent des dons et legs des particuliers, des allocations des communes et des départements ; c'est pour cette raison encore qu'ils sont dispensés des impôts directs et indirects. Le prix de séjour dans ces hôpitaux tient compte de ces

1093 Ibid., pp. 218 - 219.
1094 Ibid., p. 285.

ressources ; il est, en outre, presque toujours calculé d'une façon inexacte et fixé trop bas.

Le règlement d'administration publique change l'affectation des hôpitaux, puisqu'il y remplace les indigents par les assurés sociaux qui ne sont pas des indigents.

Ce changement d'affectation transforme complètement le caractère des hôpitaux qui ne peuvent plus être considérés comme des établissements de bienfaisance, mais qui deviennent des établissements de cure, analogues aux maisons de santé privées, où le malade - l'assuré social - paye des frais de séjour et les soins médicaux ou chirurgicaux. Il serait aussi injuste qu'illégal de laisser les hôpitaux publics profiter des avantages dont ils disposent actuellement, car ils feraient une concurrence illicite aux établissements privés, en même temps qu'ils constitueraient une charge que la collectivité n'a plus à supporter.

c) La nécessité de permettre l'enseignement, de favoriser les progrès de la science en donnant aux chercheurs des moyens de travail, d'assurer l'ordre dans les salles communes des hôpitaux, empêche de donner le libre choix dans la plupart des hôpitaux actuels au moins dans les hôpitaux importants et doit laisser à la tête des services hospitaliers importants des médecins, chirurgiens et spécialistes nommés au concours. Mais les honoraires attribués à ceux-ci ne doivent pas, par leur modicité, constituer un mode de concurrence par le rabais vis-à-vis des praticiens ne faisant pas partie du corps des hôpitaux, tant pour soins donnés dans les salles que dans les consultations externes et dans les dispensaires.

II. - CONCLUSIONS

a) En raison du changement d'affectation des hôpitaux, la loi qui les régit doit être modifiée.

b) Le prix de la journée dans les hôpitaux publics doit être établi d'une façon exacte, sans tenir compte des revenus des dons et legs, qui ne peuvent s'appliquer qu'au calcul de la journée des indigents, et en tenant compte des impôts que devront supporter, comme les établissements privés, les établissements publics recevant les assurés sociaux.

c) Les honoraires des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux devront correspondre aux tarifs syndicaux minima. Le système de l'entente directe devra être appliqué dans les hôpitaux comme en clientèle privée.

d) Des établissements ou des parties d'établissements devront être mis à la disposition des assurés qui désireront être soignés, en cas d'hospitalisation, par des praticiens de leur choix.

e) Les syndicats de praticiens participeront à l'élaboration et à la signature des conventions entre caisses et commissions administratives et

auront un droit de contrôle leur permettant la surveillance de l'application des conventions."[1095]

Cet ordre du jour réaffirme l'importance du libre choix et de l'entente directe, pourtant difficiles à appliquer à l'hôpital pour des raisons pratiques, et la nécessité de réviser les prix des journées d'hospitalisation par un nouveau mode de calcul plus adapté aux assurances sociales. Ces trois revendications sont en lien avec la défense du caractère libéral de la profession.

Mais il y a un autre point de première importance et abordé sans détour par le Dr Vanverts : c'est la question de la concurrence entre les établissements de soins et entre les médecins. Il demande à ce que cette concurrence ne soit pas rendue déloyale par des tarifs trop bas dans le secteur public. Ce principe sera d'ailleurs repris plus tard dans l'article 76 du Code de la santé publique[1096], ainsi que par l'Ordre des médecins dans le Code de déontologie. De nos jours, l'Ordre commente cet article de la façon suivante : "*L'abaissement volontaire des honoraires au-dessous des barèmes officiellement admis (conventions médicales) est un procédé de détournement de clientèle que la déontologie réprouve.*"[1097] En effet, selon la CSMF, il semblerait que les hôpitaux publics bénéficient de dons et de legs dans le cadre de leur mission d'assistance aux indigents, ceci leur permettant d'assurer des soins à moindre coût. Les établissements privés, quand à eux, font d'avantage appel à l'entraide issue des sociétés de secours mutuels qu'à la charité. De part leurs origines généralement indépendantes de l'Etat, ces derniers semblent se rapprocher d'avantage de l'identité libérale voulue par le corps médical et qui transparaît dans l'ordre du jour ci-dessus.

A l'issue, le Dr Vanverts demande que ces questions soient renvoyées à la Commission des lois sociales ce qui est accepté par l'Assemblée générale. L'ordre du jour est voté sans discussion par cette dernière.

10.3.6.3. Le rapport du Dr Renon

En novembre 1929, le Dr Renon aborde le risque de fonctionnarisation à l'hôpital dans un article sur les établissements parisiens :

"*[...] Il faut de suite faire remarquer que la loi et le règlement conjugués organisent "le salariat médical" puisque [...] le praticien s'engage à soigner les assurés dans des formes déterminées, à limiter ses prescriptions, à accepter*

1095 Ibid., pp. 345 - 346. Passages soulignés par nous.

1096 Voici le contenu de cet article : "*Sont interdites au médecin toutes pratiques tendant à abaisser, dans un but de concurrence, le montant de ses honoraires. Il est libre de donner gratuitement ses soins.*" (Source : Conseil national de l'Ordre des Médecins, *Article 67 - Abaissement des honoraires dans un but de concurrence*. En ligne. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-67-abaissement-des-honoraires-dans-un-de-concurrence-291>. Consulté le 29 juillet 2015.)

1097 Conseil national de l'Ordre des Médecins, 2015, op. cit.

un prix fixe pour ses honoraires, et à se soumettre à un contrôle minutieux de chacun de ses actes.

La Confédération des Syndicats médicaux français a rejeté à l'unanimité ces dispositions, les jugeant incompatibles avec le caractère libéral de la profession dont l'indépendance est la meilleure garantie pour le malade."[1098]

Notons bien que nous sortons ici du cadre strict du règlement d'administration publique puisque le Dr Renon base également son analyse sur le texte de loi du 5 avril 1928.

Le corps médical syndiqué revendique à nouveau en 1929 et de façon très claire la préservation de l'identité libérale de la profession, menacée selon lui par le salariat et un contrôle excessif de la pratique médicale dans les établissements de soins. Notons toutefois que rien dans la dernière version du projet de règlement d'administration publique datant d'avril 1929 ni dans la loi du 5 avril 1928 ne permet d'étayer les propos du Dr Renon. En effet, nous avions souligné précédemment que, selon ce règlement, la plupart des modalités d'exercice de la médecine en milieux hospitalier seraient définies par des conventions passées entre les médecins, les caisses et les syndicats médicaux. De plus, si le corps médical syndiqué exprime son refus de collaborer à la loi du 5 avril, rien ne montre dans les archives de la CSMF qu'il en soit de même et à l'unanimité pour toutes les dispositions du règlement d'administration publique.

Un mois plus tard, le Dr Renon précise son analyse dans un article publié dans *Le Médecin de France* et repris devant l'assemblée générale de la CSMF des 21 et 22 décembre 1929[1099].

Si pour lui il est incontestable, au regard de l'article 4 alinéa 4 de la loi, que les prestations en nature doivent être réglées par des conventions entre les syndicats et les caisses, il n'en serait pas de même pour les autres prestations régies par les articles suivants de cette même loi. A ce titre, le Dr Renon mentionne les article 6 et 7 alinéa 5 faisant mention de contrats entre les établissements de soins et les caisses sans faire intervenir - toujours selon lui - les syndicats médicaux. Mais l'interprétation du Dr Renon doit être lue avec précaution. En effet, pour prendre l'exemple de l'article 7 alinéa 5 faisant mentions de "*conventions passées entre la Caisse et les Syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins*"[1100], rien ne prouve qu'il puisse être passé des contrats directs entre les caisses et les établissements. Tout semble être ici question d'interprétation.

1098 Ibid., p. 717.

1099 CSMF, *Le Médecin de France*, 1930, pp. 131 - 141. Les articles de la loi du 5 avril 1928 mentionnés par le Dr Renon sont consultables en annexe n° 9 de notre travail.

1100 CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, p. 791.

Puis le Dr Renon aborde la question du contrôle des soins à l'hôpital. Pour lui, la loi ne fait pas l'ombre d'un doute : aux hôpitaux le contrôle de leurs établissements, aux syndicats médicaux le contrôle technique. Mais le règlement d'administration publique aurait semble-t-il altéré le second principe au travers des articles 35 alinéa 1 et 36 alinéa 1 qui n'attribueraient pas de façon obligatoire le contrôle technique des soins hospitaliers au corps médical syndiqué. En effet, les modalités de coopération entre le corps médical et les hôpitaux dans le cadre des assurances sociales seraient déterminées dans une large mesure par des conventions passées entre eux et avec les caisses.

Enfin, toujours selon le Dr Renon, l'article 39 alinéa 2 aurait été "*inventé pour les besoins de la cause*"[1101] en laissant la possibilité aux seuls médecins attachés aux établissements de soins la possibilité de négocier des tarifs dans les conventions, afin probablement de réduire le pouvoir syndical. Il pourrait ainsi se créer des syndicats visant d'autres buts que la défense de l'intérêt commun.

Le Dr Renon poursuit[1102] en abordant les droits des assurés afin, peut-être, de ne pas trop centrer le débat sur les honoraires des médecins[1103].

Il affirme tout d'abord que le règlement d'administration publique remettrait en cause la prise en charge des frais d'hospitalisation pour les assurés à hauteur de 80 à 85 %, en limitant la prise en charge aux tarifs de l'AMG ou des accidents du travail. Autrement dit les caisses ne rembourseraient pas 80 à 85 % d'un tarif librement décidé par le médecin mais d'un tarif contrôlé. Pour le Dr Renon cela reviendrait à soigner les assurés comme des indigents qu'ils ne sont pas, ce qui nuirait à la qualité des soins. Mais peut-être ne s'agit-il pas tant de la qualité de la prise en charge des patients que de la rémunération des médecins à l'hôpital. Toujours est-il qu'en supposant des tarifs librement choisis par les médecins et supérieurs à ceux pris en charge par les caisses, le Dr Renon réaffirme l'attachement des syndicalistes à l'entente directe, et en particulier au paiement direct, y compris à l'hôpital.

De plus, le Dr Renon reproche au règlement de restreindre le libre choix prévu par la loi, dans la mesure où le patient devra payer le supplément de frais engendré par le choix d'un établissement de soins qui ne serait pas le plus proche de son domicile. Il critique également de façon très vive la suppression du libre choix du praticien. Finalement, il résume la situation en affirmant que le droit à l'hospitalisation gratuite revient à assimiler complètement l'assuré à l'indigent.

Après un exposé particulièrement critique à l'égard de la loi et du règlement d'administration publique, le Dr Renon propose un certain nombre "d'améliorations" au fonctionnement des hôpitaux proposé par le législateur[1104]. Ces améliorations se

1101 Ibid., p. 792.
1102 Ibid., pp. 794 - 796.
1103 Le lecteur se rappellera ici les affirmations de Henri Hatzfeld précédemment exposées.
1104 Ibid., p. 797 - 799.

résument en réalité au revendication de la CSMF au sujet des établissements de soins, que nous allons énumérer.

Le corps médical organisé demande en premier lieu que les modalités de fonctionnement locales des hôpitaux soient spécifiées par des contrats passés entre les hôpitaux, les caisses et les syndicats.

Pour les établissements privés, l'entente directe aussi bien pour les honoraires que pour les prix de séjour devrait être respectée.

Le Dr Renon demande d'augmenter la représentation syndicale au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Pour les établissements publics, le Dr Renon distingue deux cas en fonction de la taille de la ville. Dans les petites villes, tant que les dispositions matérielles de l'hôpital comporteront la salle commune, il faudrait accepter les chefs de service. Mais il serait nécessaire que les syndicats locaux réglementent d'accord avec les commissions administratives la nomination du personnel médical, ses droits et ses devoirs. De plus, tout malade payant par lui-même ou par un tiers et hospitalisé dans la salle commune, doit des honoraires et l'entente directe est le mode à conseiller et peut être adopté partout. Le Dr Renon soutient qu'il y aurait intérêt à laisser ces hôpitaux aménager des maisons de santé (chambres particulières), mais à deux conditions : le malade doit avoir le libre choix de son praticien et le prix de séjour doit être fixé de façon équitable ; ce qui serait facile car, selon le Dr Renon, sur ce point, les commissions administratives ne sont soumises à aucune règle qui régit l'établissement du prix de journée pour les salles communes. Dans les grandes villes, centres d'enseignement et de recherche scientifique, il faudrait en laisser la disposition en salles communes, avec chefs de service, mais ceux-ci doivent demander des honoraires. Les conditions locales peuvent être telles que l'on puisse, dans certains cas, autoriser le paiement par la caisse. Pour éviter les abus, le Dr Renon propose de limiter l'admission dans les salles communes des hôpitaux aux assurés ne gagnant pas plus que le salaire vital (7 000 à 10 000 fr par an).

Dans ce long rapport, le Dr Renon maintient son attachement à l'entente directe, mais se montre peut-être moins intransigeant que certains de ses confrères, en admettant le tiers payant et un fonctionnement proche de celui de l'assistance dans les hôpitaux publics des grandes villes. La raison la plus probable à la modération relative du Dr Renon, est la difficulté à faire appliquer l'entente directe dans des établissements publics totalement contrôlés par l'Etat et dont le budget doit pouvoir être déterminé avec une bonne précision.

La moindre intransigeance du Dr Renon souligne par ailleurs de probables divergences d'opinion au sein de la CSMF. Les débats sur la question hospitalière, au combien complexes, sont donc loin d'être clos.

10.3.7. Une situation confuse au sein de la CSMF

Lors de l'assemblée générale de la CSMF, et suite à l'exposé du Dr Renon, une très longue discussion débute, basée sur pas moins de 9 exposés, émanent de divers syndicats[1105]. Cela témoigne d'une certaine confusion sur la question hospitalière au sein de la CSMF. Chacun y allant de son avis et de ses voeux, il serait bien trop long et complexe de retracer ces débats ici et nous n'aborderons donc que les conclusions de ces rapports.

Tout d'abord, il faut noter qu'une majeure partie des voeux reprennent la conclusion du rapport Renon précédemment cité ; nous n'y reviendrons donc pas.

Il y a ensuite plusieurs voeux sur lesquels les syndicalistes ne souhaitent pas prendre de décision dans l'immédiat, faute d'éléments et de connaissances suffisantes de la situation. Ces voeux sont donc renvoyés pour une étude ultérieure. Là encore, nous ne les citerons pas.

Enfin, deux voeux sont votés à l'unanimité. Il s'agit, tout d'abord, de celui du Dr Gaussel, en ce qui concerne le libre choix :

> "*La Confédération des S. M. français demande, conformément au § 2 de l'art. 4 de la loi des assurances sociales, que le libre choix du praticien par l'assuré soit respecté, non seulement pour les soins donnés à domicile, mais également en cas d'hospitalisation, toutes les fois que ce libre choix sera pratiquement réalisable.*
>
> *En particulier, le libre choix devra être reconnu aux assurés soignés dans les établissements appartenant aux caisses, à des groupements qui sont autorisés à constituer des caisses primaires.*"[1106]

Notons bien les termes "pratiquement réalisable", montrant bien que les difficultés à mettre en place le libre choix du praticien par le patient à l'hôpital relève dans une large mesure d'un problème d'organisation pratique.

Le second voeu adopté unanimement est celui du Dr Le Fur, à l'exception du paragraphe 1, dont la discussion est reportée :

> "*2° Aucun monopole de fait ou de droit ne sera établi en faveur des hôpitaux d'Assistance publique, étant entendu que dans ces hôpitaux, le chef de service aura seul le droit (pour lui-même et ses assistants) d'y traiter et d'opérer ses malades.*
>
> *3° Les prix établis par ces hôpitaux ne correspondant pas au prix de revient réel*[1107]*, ils ne pourront servir de base pour l'appréciation des tarifs de la journée d'hospitalisation chirurgicale des assurés sociaux.*"[1108]

Il reprend le libre choix de l'établissement, ne devant pas se limiter aux hôpitaux de l'Assistance publique, ce qui implique donc un libre choix relativement

1105 Ibid., pp. 163 - 186.
1106 Ibid., p. 178.
1107 Probablement en raison des dons et des legs dont il faudrait tenir compte mais dont les montants ne semblent pas précisément connus.
1108 Ibid., p. 166.

large. Le troisième paragraphe réaffirme la volonté du corps médical de bien séparer prix de revient réel (servant de base aux honoraires) et prix établis dans les hôpitaux publics (reprenant généralement ceux de l'AMG ou des accidents du travail, ou étant parfois même inférieurs).

Comme pour les malades pris en charge en dehors de l'hôpital, c'est toujours l'identité libérale, au travers de l'entente directe et du libre choix, qui font l'objet de toutes les attentions.

10.4. L'accord d'avril 1930

En avril 1930, la Conseil supérieur de l'Assistance Publique, fournit au Dr Rinuy de la CSMF une proposition d'accord concernant l'organisation de l'hôpital, que le syndicaliste résume ainsi :

> "*Art. 1. - Libre choix dans les pavillons isolés, le médecin de l'hôpital soignant dans les salles communes et salles annexées ;*
>
> *Art. 2. - Les frais d'assistance médicale gratuite seraient applicables aux malades de médecine générale ; le tarif accident du travail applicable aux blessés ;*
>
> *Art. 3. - Ces prix maximums, soit assistance médicale gratuite, soit accident du travail ne comprennent pas les honoraires des médecins ni les médicaments ou appareils.*
>
> *Les administrations hospitalières demandent à faire partie de la commission arbitrale.*"[1109]

Les Drs Renon et Gaussel, suivis par une large majorité de la CSMF, semblent se satisfaire de ce texte qui, selon eux, marque une avancée significative. Certes le libre choix serait respecté, mais persisteraient les salles communes pourtant décriées, de même que les tarifs limitatifs de l'AMG et des accidents du travail, sujets de bien des craintes et de bien des critiques depuis des décennies. Il est vrai, toutefois, que ces tarifs n'incluent pas les honoraires des médecins et c'est en ce sens, probablement, que le texte donne satisfaction au corps médical, car il respecterait le paiement direct donc, en incluant le libre choix, l'entente directe.

Cet accord, qui sera accepté par les syndicalistes de la CSMF, ne sera pas remis en cause jusqu'au vote du texte de loi rectificatif sur les assurances sociales en 1930.

1109 Ibid., p. 243.

10.5. Conclusion en ce qui concerne l'hôpital[1110]

Jusqu'en 1928, il existait principalement deux modes d'exercice de la médecine : celui des généralistes majoritairement libéraux qui exerçaient en ambulatoire et celui des médecins spécialistes essentiellement présents à l'hôpital. Rappelons qu'au XIXème siècle, il existait une règle traditionnelle réservant l'hôpital aux indigents. Puis les lois de 1893, 1898 et 1919 ouvrirent les portes de l'hôpital aux assistés, aux accidentés du travail et aux pensionnés de guerre, non sans déclencher la colère des syndicalistes des unions nationales principalement constituées de généralistes. Ces entorses à la règle ancestrale étaient toutefois bien modestes au regard du nombre de patients concernés et comparativement à l'étendue des assurances sociales à venir.

Mais avec le vote de la loi du 5 avril 1928, la CSMF craint de voir les portes de l'hôpital public s'ouvrir à des millions d'assurés qui y seraient soignés gratuitement. Il en résulterait une concurrence, parfois qualifiée de déloyale, entre l'hôpital et les généralistes libéraux qui pourraient perdre une partie de leur clientèle.

Les syndicats médicaux de généralistes, qui sont largement majoritaires, n'auraient donc aucun intérêt à faire réviser la loi pour que les assurés sociaux puissent être admis à l'hôpital public. Il en résulte, comme le précise Jean-Paul Domin, une opposition entre deux tendances : celle des généralistes qui refusent l'évolution de la législation hospitalière publique et celle des médecins hospitaliers qui militent pour une réforme profonde de l'hôpital public. C'est ainsi que les unions nationales successives, contrairement à ce qu'elles voudraient faire paraître, ne cherche pas à obtenir une réforme du système hospitalier public existant, mais plutôt à favoriser le secteur privé en réclamant la généralisation de maisons de santé ouvertes aux assurés sociaux.

Nous comprenons dès lors mieux les revendications du corps médical organisé qui cherche à créer une sorte de système hospitalier libéral où les médecins seraient payés à l'acte. Les patients y bénéficieraient du libre choix du médecin et auraient à leur charge une partie au moins des honoraires. Le principe de l'entente directe serait respecté. Enfin, pour que l'hôpital public - gratuit pour les patients - n'entre pas en concurrence avec ce système, le corps médical libéral avait tout intérêt à ce que son fonctionnement traditionnel demeure inchangé.

1110 Ce paragraphe se base essentiellement sur la source suivante : Domin, Jean-Paul, 2002, op. cit.

Chapitre 11. - Le règlement d'administration publique de 1929

11.2. Le projet de règlement d'administration publique de janvier 1929

Après l'adoption de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, vient le temps de sa mise en application par un règlement général d'administration publique prévu par l'article 75 de la loi. Le syndicalisme médical réunifié sous la bannière de la CSMF va mettre tout en oeuvre pour faire entendre ses revendications, dont la clé de voûte demeure l'entente directe.

Les syndicats disposent d'environ deux années pour obtenir gain de cause. Comme en témoignent une lettre du Ministre du Travail adressée au Syndicat du Lot en 1928, le Gouvernement est résolu à prendre toutes les dispositions nécessaires pour que la loi sur les assurances sociales entre en vigueur le 5 avril 1930, dernier délai, et à constituer dès les années 1929 tous les organismes prévus pour son application et son fonctionnement.[1111] Le Ministre précise que, dans ce but, un projet de règlement d'administration publique devrait être publié dès janvier 1929[1112]. Parallèlement, le Dr Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat au Ministère du Travail, ajoute que dans l'élaboration en cours du décret d'administration publique, qui doit assurer le fonctionnement de la loi sur les assurances sociales, le Ministère du Travail tiendra le plus grand compte des revendications du corps médical et fera tout ce qui dépendra de la loi pour lui donner satisfaction.[1113] A cet effet, le Ministre du Travail crée, par l'arrêté du 31 juillet 1928, une Commission des assurances sociales.[1114] Il précise encore que, si le règlement d'administration publique devait ne pas satisfaire le corps médical, il ne serait pas opposé à une nouvel examen législatif devant le Parlement.[1115]

Pour Marcel Lachaze et Christian Valensi, auditeurs au Conseil d'Etat, le Gouvernement aurait lui-même ouvert la voie à des doléances de toutes natures, dont celles du corps médical, en déclarant ainsi formellement que la loi devait être amendée et qu'un projet de loi rectificatif pourrait être discuté.[1116] Ils ajoutent que l'opposition du corps médical à la loi de d'avril 1928 était principalement fondée sur le caractère facultatif de l'entente directe entre assuré et médecin ainsi que sur la violation du secret professionnel. Le travail que nous avons mené jusque là suggère toutefois une moindre importance de ce second point. Pour MM. Lachaze et Valensi, cette opposition est telle qu'elle pourrait paralyser complètement l'application de la loi.

1111 USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 647..

1112 Ibid., p. 893.

1113 Ibid., p. 647.

1114 Ibid., p. 649.

1115 Ibid., p. 648.

1116 Dalloz, *Périodique*, 4è cahier, 4è partie, Paris : 1931, p. 97.

Au lendemain du vote de la loi sur les assurances sociales, les revendications de la CSMF vont s'exprimer sur deux versants : celui de la médecine hospitalière que nous avons abordée précédemment et celui de la médecine ambulatoire que nous allons à présent détailler. Nous rappellerons encore, afin que le lecteur puisse s'y reporter[1117], que la majorité des débats à venir auront pour objet l'article 4 de la loi et son application.

11.2.1. Les travaux de la Commission des assurances sociales

Peu après le vote de la loi, en juillet 1928, le Ministre du Travail constitue une Commission ayant pour but de travailler sur l'application de la loi et d'établir un projet de règlement d'administration publique.[1118]

Selon la CSMF, les syndicats médicaux n'auraient pas été consultés dans le cadre de la Commission des assurances sociales mise en place par le Ministre du travail, jusqu'à fin 1928. Selon le Dr Cibrie, secrétaire général de la CSMF, la raison en est que, sur instructions du Ministre du travail, le projet de règlement sur lequel la Commission était amenée à délibérer devait être considéré comme confidentiel.[1119] Ainsi le Ministre avait demandé formellement aux membres de la Commission - dont les représentants des syndicats de médecins - de ne pas soumettre le projet à leurs organismes respectifs afin d'éviter que des débats s'engagent sur ce texte, lesquels auraient pu entraîner des polémiques susceptibles de gêner le travail de la Commission.[1120] Dans la mesure où le projet, tenu secret, ne pouvait être discuté au sein de la CSMF, les représentants syndicaux présents n'étaient pas habilités par l'union nationale et n'avaient donc qu'un rôle consultatif.[1121]

En décembre 1928, certaines informations filtres au sein de la Confédération en ce qui concerne le contenu du projet de règlement d'administration publique. Selon le Dr Cibrie, certains membres de la Commission et le Ministre du travail auraient affirmé que les tarifs des contrats ne seront pas limitatifs et tendront seulement à permettre l'établissement du tarif de responsabilité de la Caisse.[1122] Mais il ajoute qu'aucune promesse ne semble avoir été faite en ce qui concerne l'obligation du paiement direct dans tous les cas, c'est-à-dire l'éviction absolue du tiers payant. Le président[1123] de la Commission aurait par ailleurs précisé que cette question ne pourrait être réglée que sous la prochaine législature, donc dans un

1117 cf. annexe n° 10.
1118 *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 900.
1119 Ibid., p. 900.
1120 Idem.
1121 Idem.
1122 Ibid., p. 899.
1123 La CSMF n'indique pas son identité.

texte rectificatif.[1124] Cela impliquerait une nouvelle discussion devant la Chambre des députés.

Le corps médical aurait donc obtenu gain de cause en ce qui concerne les tarifs non limitatifs (tarifs de responsabilité des caisses), ce qui sous-entendrait la possibilité de facturer au patient un supplément d'honoraire restant à sa charge. La question du paiement direct exclusif reste par contre en suspend.

Le Secrétaire général poursuit et précise les raisons qui font du paiement direct et du tarif non limitatif des questions d'une si grande importance pour le corps médical :

> "*Si l'on écarte les arguments plus ou moins passionnés qui ont été jetés dans le débat, parfois un peu à la légère, on s'aperçoit que ce que veut surtout le Corps médical - en ce qui concerne les honoraires pour soins aux assurés - c'est ne pas être enfermé dans un cercle financier fermé, dans le "forfait global" que représente pour lui les disponibilités affectées par les caisses à la rémunération des soins médicaux au tarif limitatif.*
>
> *Il pense pouvoir s'échapper de ce forfait par le moyen du tarif "non limitatif", par le tarif "indicatif", peu importe son nom.*
>
> *Qu'on lui donne cette garantie, et la question du tiers payant aura, pour beaucoup de confrères, perdu singulièrement de son intérêt.*
>
> *Cette idée, l'idée du tarif contractuel non limitatif des honoraires médicaux, permettant l'établissement de la part de responsabilité de la caisse, reparaît, aujourd'hui après trois ans de discussions et de luttes fratricides. C'est un long et pénible détour que nous avons fait là.*"[1125]

Les revendications du corps médical, à ce stade des débats, se résument au paiement direct du médecin par le malade par un tarif non limitatif. Elles semblent bel et bien s'inscrire dans une logique de préservation de l'identité libérale de la profession, qui refuse d'être enfermée dans un forfait - quelle que soit sa nature - dont elle estimait notamment fait les frais dans le cadre de l'hôpital et des lois d'assistance.

Le secrétaire général conclut en affirmant qu'il n'y a pas lieu, pour le moment, de protester contre le règlement dont le contenu reste en grande partie inconnu du corps médical. Par contre, les syndicats doivent, selon lui, réclamer le droit de consulter ce texte en toute liberté[1126]. Il ajoute que, quelle que soit la satisfaction que donnera ce règlement au corps médical, il faudra de toute façon une nouvelle loi[1127], notamment en raison de la question du paiement direct qui n'est pour l'heure pas résolue. Ce sera, selon le Dr Cibrie, le moment de cesser la lutte sur les principes et

1124 Ibid., p. 899.
1125 Ibid., p. 901
1126 Ibid., p. 900.
1127 Ibid., p. 903.

de s'attacher à l'application concrète de la loi, en tenant compte de l'opinion publique et des différents milieux sociaux intéressés.[1128]

Poursuivant les voeux du Dr Cibrie, les syndicalistes de la CSMF demandent un texte rectificatif et votent un ordre du jour en ce sens le 6 décembre 1928 :

> "*La Confédération des Syndicats médicaux français, dans son Assemblée générale du 6 décembre 1928, déclare :*
>
> *la Confédération fait sienne la Charte du corps médical en face des lois sociales, votée par le Congrès des Syndicats médicaux de France du 30 novembre 1927.*
>
> *La Confédération, constatant que les dispositions permettant la réalisation de l'entente directe comme mode exclusif ne peuvent pas être satisfaites par le projet de règlement d'administration publique,*
>
> *demande l'exécution des promesses formelles faites par le Gouvernement, c'est-à-dire le dépôt d'un rectificatif à la loi.*"[1129]
>
> Cet ordre du jour est voté à l'unanimité moins trois voix.

Probablement afin de soigner son image auprès de l'opinion publique, la CSMF, parfois montrée du doigt pour son intransigeance en ce qui concerne les assurances sociales, vote un ajout à l'ordre du jour précédent : "*Dès maintenant, l'opinion des Syndicats médicaux doit être exposée et expliquée dans toutes les circonstances aux principaux intéressés ; employeurs et employés, ouvriers et patrons.*"[1130] Cela reprend également l'argument, développé depuis de nombreuses années par le syndicalisme médical, selon lequel il agirait avant tout dans l'intérêt des patients afin de préserver la qualité de leur prise en charge[1131]. Parallèlement, des projets de tracts, destinés à informer les futurs assurés sur la position du corps médical, sont discutés par la CSMF.

11.2.2. Les travaux de la sous-commission médico-pharmaceutique

Le même jour, soit le 6 décembre 1928, le Pr Balthazard informe l'Assemblée générale de la CSMF des travaux de la sous-commission médico-pharmaceutique, constituée de représentants de tous les acteurs des assurances sociales. Il s'agit d'une commission ministérielle consultative, présidée par le Pr Balthazard également Président de la CSMF. Cela pose inévitablement question quand à son objectivité, tout en témoignant d'une certaine ouverture de la part des pouvoirs publics.

1128 Idem.

1129 *Le Médecin de France*, 1929, p. 11.

1130 Idem.

1131 Cela est confirmé par un extrait d'une lettre de la CSMF reprise par le Dalloz périodique. La CSMF y affirme "*avoir pour devoir de défendre la médecine et les médecins et, ce faisant, les assurés futurs*". (Source : Dalloz, 1931, op. cit.)

Les discussions ayant eu lieu au sein de cette sous-commission sont peu abordée lors de l'assemblée générale et le Pr Balthazard se limite à communiquer les propositions qui y ont été adoptées. Étant donnés leur caractère succinct et leur importance, nous allons citer les principales ci-dessous[1132] :

L'aricle C, concernant le libre choix, précise que "*l'assuré s'adresse librement au médecin, spécialiste, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme de son choix, parmi ceux de la commune où il réside, ou de la commune la plus rapprochée, qui ont adhéré aux conventions visées par l'article D.*"

C'est donc logiquement que nous en venons à l'article D, § 2, au sujet des conventions et de l'habilitation : "*Les conventions passées avec les groupements professionnels ne peuvent être approuvées par la commission tripartite qu'autant que ces groupements sont reconnus avoir qualité pour passer lesdites conventions par un organisme central des groupements nationaux de praticiens.*"

En ce qui concerne les tarifs dans le cadre des conventions, l'article E, § 4, précise principalement les modalités de coopération avec le corps médical concernant les établissements de soins, que nous avons déjà abordées. Toutefois, le Pr Balthazard affirme que ces modalités sont applicables pour tous les soins, généraux ou spéciaux, donnés à domicile, au cabinet ou à l'hôpital. Dans tous les cas, les conventions passées entre les médecins, les caisses et éventuellement les établissements de soins, déterminent les tarifs des soins, des médicaments et des appareils. Notons que cet article suscite la réticence de la CGT qui demande à ce que soit établie une liste limitative des médicaments autorisés pour ménager les ressources des caisses[1133]. La demande de la CGT est portée devant la Commission plénière que nous aborderons plus loin.

Pour ce qui est du contrôle, bien qu'aucun article ne soit cité par le Pr Balthazard, celui-ci affirme que toute son organisation serait basée sur le principe suivant : le syndicat assume la charge du contrôle technique même à l'égard des médecins non syndiqués.

Il ajoute, toujours sans cité d'article, que rien dans le règlement proposé ne porte atteinte au secret professionnel.

Enfin, le Pr Balthazard aborde la représentation des syndicats dans les commissions techniques organisées par les caisses. La sous-commission décide que les dispositions relatives à cette question devront être insérées dans les conventions passées entre les caisses et les syndicats.

Sur tous les point précédents, d'après les archives de la CMSF, les syndicalistes auraient affirmé leur satisfaction, largement soutenus par la mutualité.

Il demeure toutefois un point sur lequel le corps médical n'aurait pas obtenu satisfaction : c'est l'entente directe exclusive que les propositions de la sous-commission ne garantissent pas. En effet, pour l'heure, et selon le Pr Balthazard,

1132 *Le Médecin de France*, 1929, pp. 40 - 41.
1133 Ibid., p. 41.

ces propositions rendraient possible le paiement direct, mais de façon non exclusive, en autorisant également le tiers payant.

11.2.3. L'avis de la Commission plénière

L'assemblée générale de la CSMF du 6 décembre 1928 se poursuit par le rapport du Dr Fanton d'Anton au sujet des conclusions de la Commission plénière. Il s'agit d'un organe ministériel chargé de collecter et d'étudier les propositions faites concernant l'application de la loi sur les assurances sociales, et notamment les propositions de la sous-commission, afin de les concilier avec les travaux de la Commission des assurances sociales.

En ce qui concerne les revendications du corps médical, le débat tourne essentiellement autour des tarifs. Et ce n'est pas un hasard. En effet, il paraît difficile d'imaginer un tiers payant sans tarifs, les caisses ne pouvant pas s'engager à avancer des frais dont elles ne peuvent pas prévoir le montant. Et cela, la CSMF ne peut l'ignorer, raison pour laquelle elle défend un texte de loi le moins restrictif possible au sujet des tarifs, pour éloigner le tiers payant. Ainsi, les syndicats demandent que les tarifs ne soient pas "opposables aux médecins", autrement dit qu'ils ne soient pas limitatifs.

Le Dr Fanton d'Andon de la CSMF résume ainsi l'avis du Ministre du Travail, M. Loucheur, lors de la Commission plénière :

> "*S'il [le Ministre du Travail, NDLR] a été pleinement d'accord avec MM. les employeurs, il regrette de constater qu'il ne l'est pas du tout avec MM. les médecins. Il aurait pourtant eu le plus vif désir de leur donner pleine et entière satisfaction : nul n'a plus fait que lui pour obtenir "une collaboration sincère et affectueuse" du Corps médical.*
>
> *Mais il ne peut accepter ses desiderata. Notamment, il croit qu'un tarif est indispensable et doit obligatoirement être inscrit dans la loi. Il consent toutefois à ce que ce soit le tarif syndical minimum, mais il veut un tarif.*
>
> *De même, il se refuse absolument à conserver les mots : "ces tarifs ne sont pas opposables aux médecins…", parce que, selon lui, il y aurait là une contradiction : un tarif ne peut pas être et ne pas être, et le Parlement "le prendrait pour un fou" s'il allait lui proposer pareille chose.*
>
> *Il ne le fera donc pas ; il ne veut pas de ce texte ; il nous le dit, afin que nous soyons bien fixés sur ses intentions !*"[1134]

Le Dr Balthazard, qui a assisté aux différentes commissions, apporte quelques éléments explicatifs concernant la position du Ministre du Travail, avant d'exposer les conséquences que cela pourrait avoir sur le corps médical[1135].

1134 Ibid., p. 43.

1135 Ibid., p. 113 - 115

Pour lui, un tarif non opposable ne correspond pas à l'idée des parlementaires qui veulent que cette loi - comme il est dit dans le texte - couvre tous les frais (frais de maladie et d'hospitalisation). Il faut que l'assuré soit certain de trouver un médecin qui le soigne aux tarifs de remboursement de la caisse.

Toujours selon le Dr Balthazard, le Ministre admet très bien que les médecins puissent demander davantage que les tarifs de remboursement, mais qu'il est nécessaire de trouver un certain nombre de praticiens acceptant les tarifs de remboursement. Ces tarifs, dans son esprit, seraient discutés entre les caisses et les syndicats professionnels et un certain nombre de médecins adhérents à ces tarifs seraient liés par eux et ils leur seraient opposables.

Le Ministre du Travail aurait par ailleurs précisé que ces tarifs ne seront pas opposables aux praticiens qui ne les auront pas acceptés nominativement. Cela aboutirait à ce fait que l'on trouve, dans le corps médical, un certain nombre de médecins qui accepteront de travailler au tarif imposé par les caisses. Les discussions qui auront lieu entre les caisses et les syndicats aboutiront à des tarifs de remboursement qui dépendront des possibilités des caisses et qui seront indiqués par elles.

Pour le Pr Balthazard, les conséquences de ce principe seraient les suivantes pour le corps médical :

> "*Nous ne nous occuperions pas autrement que pour savoir quels sont ces tarifs de remboursement de façon à pouvoir demander que des sommes modérées à certains malades dans une situation un peu gênée, tandis qu'au contraire, nous aurions toute latitude pour demander ce que nous voudrions aux autres.*
>
> *Dans ces conditions, les médecins qui auront accepté un tarif seront liés et ils devront soigner tout le monde au tarif accepté, qui, pour eux, deviendrait impérieux.*
>
> *On espère bien, dans les futurs milieux des caisses, qu'on trouvera un grand nombre de médecins acceptant ces tarifs et qu'ils finiront par les imposer aux autres. On sait que si l'on met les médecins en concurrence entre eux, ce tarif qui est soi-disant "minimum", deviendra bientôt "maximum" comme cela s'est produit pour les accidents du travail.*
>
> *Vous ne pouvez pas accepter cela. Le Conseil d'Etat est tout à fait d'avis que la loi doit être interprétée dans ce sens - nous en avons eu l'écho par un conseiller d'Etat - et que tant qu'on n'aura pas changé la loi, cette interprétation est la seule bonne. [...]*
>
> *Nous demandons seulement de nous éloigner le moins possible de nos pratiques habituelles qui sont plus favorables à la suppression des abus.*"[1136]

Nous voyons clairement naître ici les prémices des secteurs d'activité 1 et 2 actuels. Si d'une manière générale le fonctionnement d'une économie de marché

1136 Ibid., p. 113 - 115.

veut que la libre concurrence tire les tarifs vers le bas, il semble que le monde médical soit dans une situation quelque peu différente. La meilleure preuve est que les deux secteurs existent toujours aujourd'hui et que les tarifs contrôlés du secteur 1 n'ont pas eu raison du secteur 2. La raison en est que la médecine n'est pas un bien de consommation comme un autre et ne répond pas aux même règles économiques. Par ailleurs, il semble difficile de parler de "libre concurrence" dans un système où au moins une partie des tarifs seraient contrôlés par l'Etat. Il est en effet probable que le contrôle des tarifs d'une partie des médecins influence ceux des médecins soumis à la concurrence. Enfin, la concurrence est un principe déterminant de l'autonomie et de l'indépendance professionnelle que les syndicats médicaux ont toujours défendu avec acharnement, raison pour laquelle - sans doute - la CSMF rejette le principe d'un tarif contrôlé.

Le débat sur les tarifs et le tiers payant n'est donc pas prêt d'être clos. Pour le Ministre du Travail, un tarif ne semble se concevoir que s'il est limitatif. Dans le cas contraire, il ne serait probablement qu'indicatif, menant à l'alternative suivante : soit les caisses prennent en charge l'intégralité des honoraires même si ils dépassent le tarif fixé ce qui risque de mettre en péril leurs finances, soit elles ne prennent en charge qu'un tarif de responsabilité - un "dépassement d'honoraire" restant à la charge de l'assuré - et dans ce cas cela remet au moins partiellement en cause le principe même de l'assurance maladie.

Finalement, le Dr Cibrie, prenant acte de l'avis de la Commission plénière, conclut la séance de l'Assemblée générale :

> "*La Commission ministérielle des assurances sociales, réunie en Commission plénière, a rejeté purement et simplement en bloc toutes les modalités établies par la sous-commission médico-pharmaceutique et le Ministre a déclaré qu'il ne désirait rien tant que de collaborer avec le Corps médical… aux conditions que lui, Ministre, établirait.*
>
> *M. le Ministre a commis là une assez lourde erreur de diagnostic.*
>
> *Il a méconnu totalement la force de cohésion que venait d'acquérir, par sa fusion récente, le Corps médical organisé.*
>
> *Il a sous-estimé singulièrement notre capacité de résistance.*
>
> *Nous défendons une cause juste. Nous sommes sur un terrain solide. Lorsque les futurs assurés sauront, ils seront avec nous.*"[1137]

1137 Ibid., p. 34.

11.2.4. L'analyse par article faite par la CSMF du projet de règlement d'administration publique[1138]

En janvier 1929, le projet de règlement d'administration publique est officiellement révélé[1139]. La CSMF en prend connaissance le 15 janvier au moment où le règlement est transmis au conseil d'Etat.[1140] Sur instruction du Ministre du Travail, les syndicats n'ont que jusqu'au 5 février pour transmettre leurs doléances.[1141]

Immédiatement, la CSMF proteste contre la façon hâtive avec laquelle elle est consultée :

> "*Certes, nous ne serons pas fâchés de connaître enfin ce règlement que le Ministre déclare avoir été élaboré après consultation des organisations intéressées.*
>
> *Mais nous tenons à renouveler, à cette occasion, la protestation que nous avons déjà élevée au sujet de la façon dont on a procédé à cette consultation.*
>
> *Et nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que - alors que les intérêts de certaines des parties en cause vont faire l'objet de nouvelles discussions devant le Parlement - les nôtres risquent fort d'être réglés par le Conseil d'Etat, après un simulacre de consultation.*"[1142]

Toutefois, le corps médical dispose de certaines garanties. L'article 75 de la loi du 5 avril 1928 précise que le règlement d'administration publique doit être rendu après consultation des organisations en cause, donc des syndicats médicaux. Par ailleurs, rappelons que le Ministre du Travail avait proposé aux médecins un nouvel examen législatif si ces derniers n'étaient pas satisfaits du règlement.

Le projet de règlement d'administration publique est particulièrement long. Il représente un volume de 132 pages et compte pas moins de 291 articles, soit plus que la loi dont il doit préciser les modalités d'application.

Il est évident que nous ne pouvons pas le reproduire ni même l'analyser intégralement ici. Nous nous bornerons donc à aborder les articles les plus significatifs, exception faite de ceux traitant de l'organisation hospitalière que nous avons déjà étudiés précédemment.

Ne pouvant respecter le délai imposé par le Ministre du Travail, la Confédération des syndicats ne réunit la Commission des lois sociales, présidée par

---

1138 Ce paragraphe ainsi que les citations qu'il contient se basent, sauf mention contraire, sur la source suivante : CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, pp. 121 - 126. Le lecteur trouvera les principaux articles du règlement en annexe n° 10. Les passages soulignés dans les citations, l'ont été par nous.

1139 Ibid., p. 33.

1140 *Le Médecin de France*, 1928, p. 894.

1141 Idem.

1142 Ibid., p. 894. Propos du Président du Conseil de la CSMF (signés Dr. Ch. G.).

le Pr Balthazard, que le 17 février 1929, pour débattre du contenu du règlement. Toutefois, à en croire les archives syndicales, certaines doléances, reprises dans les conclusions de la Commission ont pu être transmises au Ministère avant la date butoir du 5 février.

La Commission débute son analyse par l'article 36, § 2, qui concerne l'habilitation des syndicats par l'union nationale et dont voici le contenu :

> "*Les syndicats professionnels de praticiens ne sont admis, toutefois, à traiter avec les caisses d'assurance que s'ils sont reconnus avoir qualité pour contracter avec ces caisses par un organisme central des groupements nationaux de praticiens, ou, à défaut, s'ils ont été constitués 3 ans au moins avant l'application de la loi et comptent au moins 50 adhérents.*"

Ce paragraphe suscite une certaine crainte de la part des syndicalistes de la CSMF, à savoir les Drs Cibrie, Hartmann et Balthazard, qui y voient une restriction à l'habilitation de la CSMF et une porte ouverte à la dissidence. En effet, les syndicats de médecins constitués 3 ans au moins avant l'application de la loi, donc à l'époque où le syndicalisme était divisé, et comptant au moins 50 adhérents peuvent se dispenser de l'habilitation par un organisme central. La CSMF demande, sans trop d'espoir semble-t-il, que ce paragraphe soit modifié.

L'article 37, notamment le paragraphe 2, au sujet des tarifs, a déjà été abordé dans le cadre de l'hôpital. Mais l'article revêt par ailleurs une dimension beaucoup plus générale dans le cadre des conventions et régit les tarifs pour les soins à domicile ou au cabinet du médecin :

> "*§ 1er. - Les conventions passées avec les syndicats professionnels de praticiens fixent :*
>
> *1° Les conditions dans lesquelles seront dispensées les prestations en nature, ainsi que les modalités de l'organisation et du contrôle des services techniques ;*
>
> *2° Les tarifs applicables aux soins, aux médicaments et aux appareils.*
>
> *§ 2. - Les tarifs applicables aux actes médicaux généraux, spéciaux et dentaires, accomplis tant au domicile du praticien ou du malade que dans les établissements de soins appartenant à la caisse, et aux indemnités de déplacement des praticiens, sont fixés selon les localités, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires et eu égard à la condition des bénéficiaires de l'assurance. Ils sont opposables à tout praticien, affilié ou non au syndicat contractant, qui, par une déclaration adressée à la caisse, a adhéré complètement à la convention.*
>
> *§ 3. - Les tarifs applicables aux médicaments magistraux et officinaux, aux médicaments spécialisés conformément aux lois et décrets en vigueur, et notamment au décret du 3 mai 1850 et du 13 juillet 1926 et à la loi du 25 avril 1825, et aux appareils, sont fixés dans les limites d'un tarif général unique*

arrêté par le Ministre du travail après avis d'une commission nommée par la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales. [...] Ladite Commission n'énumère dans ce tarif général les médicaments spécialisés que s'ils sont vraiment irremplaçables ou s'ils reviennent moins cher que les médicaments non spécialisé qu'ils sont destinés à remplacer. Les tarifs ainsi fixés sont opposables de même que les dispositions prévues au paragraphe 1er, 1° ci-dessus, à tout praticien affilié au syndicat contractant. Ces tarifs sont également opposable aux autres praticiens, s'ils ont adhéré complètement à la convention."

Le Dr Cibrie proteste vigoureusement contre ce paragraphe qui impose une tarification opposable au médecin et qui remet en cause l'entente directe. Mais, selon la CSMF, le Ministre du travail tient à ce qu'il y ait des tarifs. Le Pr Balthazard, peut-être plus modéré que le Dr Cibrie, note toutefois qu'un fait nouveau pourrait constituer à l'avenir un terrain d'entente avec le Ministre : c'est la gradation des tarifs d'après la situation du malade. Cela laisserait, en effet, le pouvoir décisionnaire en ce qui concerne le montant des honoraires entre les mains du médecin, en respectant le colloque singulier entre lui et le patient. Le Pr Balthazard ajoute qu'il pourrait être possible d'adhérer à la convention sans adhérer aux tarifs.

Mais la Commission, semble-t-il nettement influencée par le secrétaire général, Dr Cibrie, rejette finalement l'article tel qu'il est rédigé.

L'article 39, qui concerne la liberté de paiement, n'est pas discuté par la CSMF :

"*§ 1er. - Les conventions passées avec les syndicats professionnels de praticiens ou avec les établissements de soins déterminent si le montant des frais médicaux, pharmaceutiques ou autres, qui est à la charge de la caisse, est payé par celle-ci au praticien ou à l'établissement de soins, ou bien s'il est remboursé à l'assuré, ou encore s'il est acquitté suivant l'une ou l'autre de ces modalités au choix du l'assuré ou du praticien. [...]*

§ 5. - Le paiement des frais acquittés directement par l'assuré n'est opposable, dans tous les cas, à la caisse qu'autant qu'il correspond exactement aux prix des tarifs à appliquer."

La Commission porte ensuite une attention toute particulière à l'article 40 traitant du libre choix :

"*§ 1er. - L'assuré s'adresse librement au médecin, spécialiste, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme, de son choix, parmi ceux de la commune où il réside, ou, à défaut, de la commune la plus rapprochée, qui remplissent les conditions indiquées au paragraphe suivant. Il peut s'adresser, on outre, au praticien de toute commune, qui remplissent les mêmes conditions ; mais le supplément de frais pouvant résulter de cet appel est laissé à la charge de l'intéressé.*

§ 2. - Les praticiens, affiliés ou non à l'un des syndicats professionnels ayant passé une convention avec la caisse à laquelle appartient l'assuré, sont admis à dispenser à celui-ci et à sa famille les prestations en nature prévues par la loi sur les assurances sociales, dès l'instant que, par une déclaration adressée à ladite caisse, ils ont adhéré à cette convention, en ce qui concerne les dispositions insérées en application de l'article 37, paragraphe premier, 1°. Ils doivent se soumettre notamment au contrôle technique du syndicat professionnel contractant et accepter la juridiction morale de ce syndicat, ainsi qu'en appel celle du groupe professionnel nationale dont il fait parti. [...]"

Nous n'abordons pas le § 3 qui a déjà été traité dans le cadre de l'hôpital.

Le paragraphe 1er donne satisfaction aux membres de la Commission et n'est pas discuté.

Les syndicalistes se félicitent du paragraphe 2 qui constitue une victoire pour eux, car il affirme le contrôle technique des médecins par les syndicats professionnels. Notons que, de nos jour, c'est l'Ordre des médecins qui exerce ce contrôle. Il faut sens doute y voir ici les prémices de sa création.

Passons à l'article 41 qui concerne la prise en charge par les caisses des tarifs et des prestations en nature :

"*§ 1er. - Sous réserve de la participation de l'assuré aux frais prévus à l'article 4, paragraphe 5, de la loi, les prestations en nature sont prises en charge par les caisses d'assurance, pour les soins donnés tant au domicile du praticien ou du malade que dans les établissements de soins, jusqu'à concurrence du prix des tarifs fixés conformément aux articles 37 et 38 et applicables aux prestations dispensées aux intéressés.*

§ 2. - Lorsque pour les assurés d'une même commune ou d'une même division communale des contrats ont été passés avec deux ou plusieurs syndicats médicaux, ou pharmaceutique, ou avec deux ou plusieurs établissements de soins, les prestations prises en charge par la caisse sont celles qui résultent des tarifs indiqués ci-après :

1° En ce qui concerne les soins médicaux, chirurgicaux et spéciaux, donnés au domicile du praticien ou du malade, le tarif applicable est celui que comporte celle des conventions à laquelle le praticien à adhéré complètement, ou, s'il n'adhère complètement à aucune d'elles, le tarif le moins élevé que prévoit ces conventions ;

2° En ce qui concerne les médicaments et appareils, le tarif applicable est celui que comporte la convention passée par le syndicat auquel appartient le praticien, ou, si celui-ci n'appartient à aucun syndicat, soit le tarif inséré dans celle des conventions auxquelles il à adhérer complètement, soit, à défaut, le tarif le moins élevé que prévoit ces conventions. [...]

§ 3. - Lorsque le bénéficiaire de l'assurance s'adresse à un praticien, autre que ceux auxquels il peut recourir sans supplément de frais conformément à l'article 40, les prestations prise en charge par la caisse sont celles qui résultent du tarif le moins élevé visé aux alinéas 1er et 2 du paragraphe précédent. [...]"

C'est essentiellement le paragraphe 3 qui retient l'attention de la CSMF. Selon l'interprétation qui en est faite par la Commission, ceci impliquerait que l'assuré paye de sa poche le supplément demandé par les médecins qui n'auraient pas adhéré aux conventions. Ces médecins, qualifiés de "*vieux praticiens stricts et honnêtes*" par le Pr Balthazard, risqueraient de perdre, selon le Dr Hartmann, une grande partie de leurs clients. Par le jeux de la concurrence, tous les médecins seraient contraints d'appliquer les tarifs des conventions. La Commission exprime sa plus grande méfiance vis-à-vis de cet article. On pourra toutefois se demander comment les caisses pourraient prendre en charge des tarifs qu'elles ne contrôlent pas et fixés librement par chaque médecin.

Enfin, la Commission des lois sociales de la CSMF aborde les articles qui traitent du contrôle, à savoir les articles 51 à 58[1143]. Exception faite de la question hospitalière déjà abordée, ils donnent globalement satisfaction au corps médical en affirmant le contrôle technique des médecins par les syndicats et le contrôle des assurés par les caisses. Nous ne détaillerons donc que peu cette question. Les modalités du contrôle seront déterminées par des contrats et, sur ce point, il demeure une inquiétude : le règlement ne prévoit pas le cas où les parties - notamment les syndicats et les caisses - refuseraient de contracter. Le Commission demande, avec la plus grande insistance, que ce point soit éclairci. Cela nous rappelle les débats d'avant la scission où certains syndicalistes de l'USMF affirmaient que la liberté contractuelle devait comprendre la liberté de ne pas contracter.

Le Pr Balthazard rappelle encore, en réponse à l'obligation qu'ont les syndicats de contrôler les médecins, que cela n'a été accepté par les syndicats que comme une compensation à l'octroi de certaines demandes[1144] formulées par le corps médical. Si l'administration devait refuser ou ne pas respecter les garanties qu'elle a données aux médecins, les syndicats médicaux pourraient prendre la décision de se soustraire à cette obligation.

Les principaux points de discorde se concentre toujours sur le versant tarifaire de l'entente directe. Pour ce qui est du libre choix, la CSMF estime avoir obtenu gain de cause. Avec quelques réserves, le contrôle du fonctionnement des assurances sociales, tel que stipulé dans le règlement, semble de nature à satisfaire le corps médical qui préserve une certaine indépendance.

1143 Le lecteur les retrouvera en annexe n° 10.

1144 Le Pr Balthazard ne précise pas lesquelles exactement.

11.2.5. Les débats autour de l'entente directe

Début 1929, suite à la publication du projet de règlement d'administration publique, s'ouvrent les débats au sujet de l'entente directe au sein de la CSMF ainsi qu'avec le Ministre du Travail, Louis Loucheur.

Les travaux de Patrick Hassenteufel[1145] nous apprennent que ces débats se déroulent dans un climat de suspicion sans précédent envers certaines catégories de médecins. Il s'agit, pour l'essentiel des médecins étrangers. Ainsi, Patrick Hassenteufel estime qu'à partir de 1929, l'idéologie corporative, inspirée de l'Action française, devient le discours public dominant de la profession dont les principaux porte-paroles se sont regroupés en 1929 au sein du groupe médical corporatif. Selon lui, on le voit notamment à l'apparition d'un vocabulaire empruntant au registre, notamment clérical, de l'extrême droite, au sein du syndicalisme médical. Il ajoute que la xénophobie, alimentée semble-t-il par le nombre important d'étudiants étrangers reçus au doctorat, fait également partie de ce registre et se traduit par le rejet des médecins étrangers présentés comme une menace pour la "moralité" de la profession. C'est ce que soulignera d'ailleurs un article du Dr Cibrie publié dans *Le Médecin de France* en 1930 : "*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.*"[1146]

Cette volonté de préserver la moralité de la profession s'était exprimée dès le lendemain de la Première Guerre mondiale, en particulier à l'égard des médecins étrangers appelés à remplacer - au moins temporairement - les médecins français partis au front. Elle s'était accentuée au fil des débats sur les assurances sociales en s'étendant à d'autres catégories de médecins : les médecins des caisses - les "Kassenlöwen"[1147] alsaciens -, les "médecins marrons" ne suivant pas la ligne directrice de leur union syndicale, puis les médecins dissidents à l'origine de la scission de 1926. Plus le corps médical se sentait menacé dans son identité, plus il semblait vouloir se rattacher à des valeurs traditionnelles communes et écarter ceux qui - à tord ou à raison - ne les partageaient pas. C'est de là qu'a probablement émergé l'idée d'un Ordre des médecins[1148], garant de la moralité de la profession au travers d'un Code de déontologie médicale.

Ravivée en 1929 dans le contexte du vote de la loi sur les assurances sociales, il faut voir dans la peur des médecins étrangers, le symptôme d'une crainte beaucoup plus large vis-à-vis de médecins "étrangers" aux valeurs traditionnelles défendues par le syndicalisme médical. Encore une fois, c'est l'identité libérale, et au

1145 Voir notamment : Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 40.
1146 CSMF, *Le Médecin de France*, 1930, p. 302.
1147 Ce terme allemand signifie "lions des caisses".
1148 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 42.

delà l'identité tout court, de la profession médicale qui est en jeu, et le Dr Cibrie, dont nous percevons une nouvelle facette de la personnalité, entend mener la bataille pour la défendre.

Par ailleurs, Patrick Hassenteufel souligne l'influence qu'a eu l'exercice particulier de la médecine à Paris sur Paul Cibrie devenu, fin 1928, le président de la CSMF nouvellement créée[1149]. Le syndicalisme médical parisien, par l'intermédiaire du Syndicat des Médecins de la Seine (SMS) dont le Dr Cibrie était précédemment le secrétaire général, aurait joué un rôle dans l'opposition à l'extension de la protection maladie. C'est ce qu'affirme le Pr Pierre Guillaume[1150] qui a étudié cette question :

> *"A Paris les praticiens connaissent des conditions d'exercice particulièrement difficiles. Ils sont très nombreux. Ils supportent la présence des corps universitaire et hospitalier les plus prestigieux. C'est à Paris que se multiplient d'abord les spécialistes. C'est encore à Paris que les organisations ouvrières et mutualistes sont les plus dynamiques. C'est toujours à Paris que la présence de médecins d'origine étrangère est la plus large. A Paris, tous les problèmes de la médecine libérale sont donc exacerbés et les Parisiens apparaissent donc, aux yeux de provinciaux plus protégés, comme des extrémistes."*[1151]

Voilà qui nous éclaire sur l'intransigeance dont fera preuve Paul Cibrie et qui aura une influence certaine sur les débats à venir.

11.2.5.1. L'entente directe exclusive face à la liberté contractuelle

Au vu des travaux des différentes commissions et du projet de règlement d'administration publique, il demeure un obstacle majeur à la collaboration du corps médical aux assurances sociales : la possibilité du tiers payant. Ce principe, qui pour l'heure fait appel aux contrats collectifs, remet en cause l'entente directe qui est le fondement de l'exercice libéral.

En janvier 1929, le Dr Cibrie commente les travaux de la Commission des assurances sociales :

> "*Il y a encore un point, et c'est toujours le point névralgique : la question de l'entente directe. Elle est admise par la loi et par le règlement d'administration publique. Mais il a été envisagé à côté de la possibilité du tiers payant. Sur ce point, nous n'avons pas encore satisfaction. D'ailleurs,*

1149 Hassenteufel, Patrick, 1996, op. cit., p. 95, note de bas de page n° 2.

1150 Pierre Guillaume est professeur émérite d'histoire contemporaine à l'Université Michel de Montaigne Bordeaux 3. Il a notamment étudié l'histoire des classes moyennes, l'histoire de la santé et l'histoire de la protection sociale.

1151 Guillaume, Pierre, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 1996, p. 138.

satisfaction ne pourra nous être donnée que par le vote d'une addition à la loi - ou plutôt d'un rectificatif - qui supprimerait la possibilité du tiers payant.

La Commission a estimé qu'elle devait travailler dans le cadre même de la loi et établir un règlement d'administration publique qui fût conforme avec la loi elle-même.

Elle n'a pas voulu de sa propre autorité écarter le tiers payant."[1152]

Il faudra donc un texte de loi rectificatif. Et, dans ce cadre, la ligne de conduite du Dr Cibrie et du syndicalisme dans sa majorité est donc très claire : refus du tiers payant et entente directe exclusive.

Mais, inévitablement, l'entente directe absolue ramène à la question de la liberté contractuelle, principe fondamental de la loi du 5 avril 1928. En effet, si la seule modalité de collaboration avec les caisses est le paiement direct, cela remet en cause la liberté de contracter. Rappelons que c'est le corps médical lui-même qui avait demandé, quelques années auparavant, la liberté contractuelle par l'intermédiaire de ses syndicats avec le Dr Lafontaine pour chef de file.

C'est ainsi que, le 24 janvier 1929, le Ministre du Travail, M. Louis Loucheur, adresse une lettre au Dr Cibrie, dans laquelle il demande à savoir si les syndicats souhaitent abandonner la liberté contractuelle au profit de l'entente directe exclusive :

"*La loi précitée [du 5 avril 1928, NDLR] laissant aux syndicats médicaux la faculté d'accepter ou non le système de l'entente directe dans les conventions à passer avec les caisses, je vous serais très obligé de me faire connaître si je dois conclure de la résolution de la Confédération que le corps médical demande la suppression du régime de libre discussion entre syndicats et caisses sur le point dont il s'agit, et réclame du législateur qu'il impose aux parties, sans qu'elles aient le droit d'y renoncer contractuellement, le système de l'entente directe.*

La position qui serait prise dans ce cas par le corps médical étant contraire au principe de la liberté contractuelle sur lequel reposent les rapports entre les caisses d'assurance et les syndicats médicaux, je me permets d'appeler votre attention sur les répercussions qui seraient susceptibles d'en résulter."[1153]

Ce à quoi le Dr Cibrie, secrétaire général de la CSMF, répond sans aucune ambiguïté possible :

"*Il ressort bien de cet ordre du jour de la Confédération des Syndicats médicaux, faisant siennes les déclarations du Congrès du 30 novembre 1927, repousse tout système autre que celui de l'entente directe entre le praticien et le malade, et estime que satisfaction ne pourrait être donnée au corps*

1152 CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, p. 42.

1153 Ibid., p. 54. Passages soulignés par nous.

médical sur ce point, en l'état actuel de la loi du 5 avril 1928, que par une modification de cette loi."[1154]

Il faut noter la prudence dont fait preuve le Dr Cibrie dans sa réponse, en réaffirmant sa volonté de défendre l'entente directe, sans toutefois aborder l'épineuse question de la liberté contractuelle. Sans doute ne veut-il pas froisser certains membres de la CSMF attachés à ce principe comme le fût René Lafontaine. Rappelons que l'intransigeance passée des dirigeants de l'USMF au sujet des contrats, dénoncée par l'expression "tyrannie syndicale", avait joué un rôle significatif dans la scission.

A ce sujet, le Dr Balier de Strasbourg, nous offre une analyse particulièrement intéressante de la stratégie du Dr Cibrie :

"*A la suite de la séance tenue par le Conseil d'administration de la Confédération, le 20 janvier dernier, le Secrétaire général*[1155] *a écrit [...] au Ministre du Travail une lettre spéciale qui, rappelant les décisions du Congrès de juillet 1928, confirmées par l'Assemblée générale de décembre, précisait nettement l'attitude du corps médical organisé.*

Le Ministre a répondu ; et si l'allure générale de sa lettre est ce que l'on pouvait attendre, je n'ai pas été surpris d'y voir une affirmation quelque peu osée. Le Ministre voudrait savoir s'il doit "conclure de la résolution de la Confédération que le Corps médical demande la suppression du régime de libre discussion entre Syndicats et Caisses sur le point dont il s'agit…" Et plus loin : "La position qui serait prise dans ce cas par le corps médical étant contraire au principe de la liberté contractuelle sur lequel reposent les rapports entre Caisses d'assurance et les Syndicats médicaux, etc."

Notre Secrétaire général, dans sa réponse, n'a pas relevé ce que cette affirmation comporte de regrettable erreur de la part d'une personne hautement qualifiée. Il ne pouvait pas sous peine de tomber dans un piège où peut-être cette erreur intentionnelle tendait à l'entraîner. Le juriste qui l'a commise en tenant la plume du Ministre est certainement de ceux qui ont joué un rôle de premier plan dans l'élaboration de la loi ; il est certainement compétent et averti ; si dans le feu des discussions, certains médecins combatifs ont pu écrire avec quelque légèreté que la loi consacrait le régime de la liberté contractuelle, lui, du moins, n'a pas la même excuse d'une insuffisante compétence et d'une documentation superficielle ; il doit savoir, il sait certainement la portée de ce qu'il écrit. Très adroitement, Cibrie a éludé la question et maintenu ferme le point de vue confédéral.

Mais ce que notre Secrétaire général ne pouvait pas faire sans risques, un autre le peut faire. Il le doit même, car l'affirmation ministérielle a certainement pour but d'éveiller des résonances sympathiques dans d'importants groupes médicaux. La manoeuvre doit être mise à jour pour

1154 Ibid., p. 55. Passage souligné par nous.

1155 Il s'agit du Dr Cibrie.

qu'elle fasse long feu, car elle repose sur une erreur qui relève de la mauvaise foi.

J'ai trop longtemps défendu la liberté contractuelle pour ignorer ce que c'est[1156]*. Eh bien ! j'ai beau scruter à la loupe le texte de la loi, je ne la trouve pas et je trouve au contraire les fers qui l'emprisonnent.*

La liberté contractuelle, c'est le droit de contracter sans autre condition que celle de droit commun. Au lieu du droit commun, la loi précise que les contrats sont soumis à l'agrément d'une Commission mixte où la profession médicale est tout juste représentée par un neuvième et où elle rencontre une majorité méfiante, éventuellement hostile. Où le Ministre a-t-il vu que les conventions entre personnes libres sont soumises au contrôle d'une Commission quelconque ? Première entorse à la liberté contractuelle !

Une fois le contrat passé, les parties sont-elles libres de régler l'arbitrage de leurs conflits comme elles l'entendent ? En droit commun, il en est ainsi. Mais dans la loi sur les assurances sociales, cette liberté n'existe plus ; elle est remplacée par l'arbitrage obligatoire de la susdite commission - un neuvième de compétence - avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. Deuxième entorse à la liberté contractuelle !

Mais il y a plus grave.

En février 1926, dans un rapport officiel à l'Union des Syndicats médicaux, j'avais envisagé le corollaire fatal de toute liberté contractuelle, à savoir la liberté de ne pas contracter : qu'est-ce que ma liberté de contracter, si je suis tenu de contracter ? J'avais convaincu les dirigeants d'alors, qui avaient transmis à la Commission sénatoriale compétente le texte de mon amendement :

"Si les Syndicats professionnels refusent de passer contrat avec les Caisses d'assurances, l'Office départemental décide le remplacement des prestations en nature par une indemnité représentative."

J'avais en outre développé l'idée dans un article remis à la Revue Politique et Parlementaire au printemps 1925 et qui parut en février 1926.

Dans le rapport complémentaire de M. Chauveau, paru peu après, l'idée est examinée et… repoussée : le Rapporteur se refuse à envisager le cas où les Syndicats médicaux ne contracteraient pas.

Donc, de propos délibérés, après mûr examen de la question, la loi nous refuse le droit de ne pas contracter ! Troisième entorse à la liberté contractuelle, et cette fois-ci, d'une telle taille que cela équivaut à la négation même de la liberté.

1156 Rappelons que, d'une manière générale, du moins par le passé, les médecins alsaciens ont toujours été attachés à la liberté contractuelle et à la possibilité d'un tiers payant, certains ayant même défendu ce dernier avec vigueur.

Inutile de chercher plus loin : en voilà assez pour juger sinistre la plaisanterie ministérielle.

La liberté contractuelle, M. le Ministre, vous n'avez pas laissé au corps médical le temps de dire ce qu'il en pensait ; votre administration, d'accord avec le Parlement, l'a refusée nettement. Vous avez perdu le droit de parler en son nom."[1157]

Pour le Dr Balier, la loi du 5 avril 1928 ne garantirait en aucune manière la liberté contractuelle. Bien au contraire, elle lui porterait atteinte, d'une part par le contrôle des instances étatiques et, d'autre part, par l'exclusion du cas où un syndicat ne contracterait pas. Selon lui, la lettre du Ministre du Travail induit un débat qui n'a pas lieu d'être, et aurait pour seul objectif de diviser le corps médical.

Mais il faut relativiser les propos du syndicaliste strasbourgeois. Tout d'abord, le paiement direct exclusif peut être perçu comme une entorse à la liberté contractuelle au même titre que les autres. Ensuite, pour ce qui est du contrôle des contrats établis entre les syndicats et les caisses, il faut remarquer que ce contrôle semble inévitable si l'Etat veut se porter garant du fonctionnement des assurances sociales. En effet, l'Etat ne peut se porter garant d'un système dont il ne contrôle pas un élément aussi central que les contrats entre les syndicats et les caisses. Enfin, pour ce qui est de l'absence de contrat, autrement dit la liberté de ne pas contracter, nous rejoignons la problématique précédente, dans la mesure où l'absence de contrat implique l'absence de contrôle possible.

Cela pourrait finalement ce résumer dans la dualité qui existe entre la protection de l'Etat que recherche le corps médical et sa volonté d'indépendance. Inévitablement, un équilibre devra s'établir entre ces deux tendances opposées. Un compromis semble donc plus que jamais nécessaire à la bonne coopération du corps médical aux assurances sociales.

Si le Dr Cibrie se montre aussi intransigeant, il n'en est pas de même de l'ensemble des syndicalistes au sein de la Confédération. Certains, dont le Dr Duvernoy, semblent estimer qu'une attitude trop ferme pourrait mettre en péril l'unité du syndicalisme, comme ce fut le cas lors de la scission. Pour lui, c'est le pouvoir d'habilitation de la CSMF qu'il faut préserver par-dessus tout :

"*La défense exclusive, - ou presque - du principe de l'entente directe est une mauvaise plateforme. [...]*

La question primordiale, à son sens, est celle de l'habilitation[1158]*. Il importe qu'elle demeure absolument si l'on ne veut pas voir la désagrégation totale des Syndicats.*

1157 Ibid., pp. 35 - 37. Passages soulignés par la CSMF.

1158 Rappelons que l'habilitation est la capacité qu'a la CSMF à autoriser les syndicats qui la composent à traiter avec les caisses (ibid., p. 136).

Or, l'échec de nos revendications, s'il se produit, amènera fatalement le retrait de l'habilitation"[1159]

Et il ne croit pas si bien dire car, quelques semaines plus tard, lors d'une entrevue avec le Ministre, celui-ci exprimera l'idée de confier l'habilitation à l'Office national ou à une commission annexe, plutôt qu'à la CSMF[1160], ce qui laisserait de la place à des syndicats dissidents en cas de nouvelle scission[1161]. Aussi, le Dr Duvernoy insiste-t-il énergiquement pour une modification de la politique syndicale portée par le Dr Cibrie. L'attitude intransigeante de ce dernier pourrait faire le nid d'une nouvelle division au moment où le syndicalisme a le plus besoin d'unité. La défense de l'entente directe exclusive ne semble donc pas faire l'unanimité au sein de la CSMF.

11.2.5.2. Vers une position plus modérée en ce qui concerne l'entente directe

Suite aux articles des Drs Balier et Duvernoy, symptomatiques des réticences au sein de la Confédération face à la politique syndicale intransigeante du Dr Cibrie, ce dernier se montre plus modéré lorsqu'il expose les revendications du corps médical en mars 1929 :

"*D'après les propositions du Ministre*[1162]*, les syndicats traitent avec les caisses pour établir :*

1° - Le tarif de responsabilité de la caisse - et le rôle du syndicat doit être, à mon avis, d'exiger l'inscription du tarif syndical minimum. - (Le Ministre a dit : "ce tarif sera établi compte tenu, le plus largement possible, du tarif syndical en usage" - parce qu'il ne peut juridiquement obliger les caisses) ;

2° - Les modalités d'application et le contrôle.

Puis le syndicat disparaît en quelque sorte - et le médecin se trouve seul face à son client. - Il le traite en client ordinaire et lui demande ses honoraires habituels.

Ici - obstacle : le médecin peut ne demander que le tarif de responsabilité de la caisse - si c'est bien le tarif syndical - pas de difficultés pratiques. Si le médecin demande plus, le malade fait l'appoint.

Je dis le maladie "fait l'appoint" parce que Ministre et Administration - et Parlement - disent : dans aucun cas nous ne pouvons admettre que le malade, qui ne peut le faire, sorte de sa poche en argent le prix représentant la part de responsabilité de la caisse. - Il faut donc trouver un système

1159 Ibid., pp. 126 - 127.

1160 Ibid., p. 136.

1161 Idem. Il s'agit là de l'idée de M. Loucheur développée lors de l'entrevue.

1162 Dans le projet de règlement d'administration publique.

permettant au malade d'avoir par devers lui à l'avance, bons-chèques ou autre chose permettant de tourner cette difficulté.

Le Ministre estime qu'il y a là question de détail - Je ne suis pas de son avis car de cette modalité bien ou mal établie, résultera la réalisation en fait de l'entente directe, ou le contraire.

Autre obstacle : "la liste"[1163]*.*

Notre intention est de demander au Ministre :

1° qu'il n'y ait pas en fait de liste publiée.

2° que l'acceptation du tarif de responsabilité des caisses ne puisse s'appliquer qu'aux catégories d'assurés les plus intéressants. Il y aura, si nous sommes bien informés, 5 catégories d'assurés, et nous pouvons sans doute admettre que les assurés constituant les deux dernières catégories sont bien ceux auxquels fait allusion le Ministre et qui ne peuvent faire l'avance des honoraires médicaux. - A eux devrait être réservé le bon chèque par exemple et pour eux seuls devrait fonctionner l'acceptation par les médecins qui le désireraient du tarif de responsabilité de la caisse.

Nous allons, dans les jours qui suivent, porter toute notre attention sur les possibilités de réalisation de ce système. [...]

Si l'accord est possible nous entrevoyons l'espoir d'obtenir d'autres satisfactions sur les points de détail. Si cet accord n'est pas possible, la voie parlementaire reste notre seul recours.

Reste la résistance organisée.

Cette tentative de transaction est en tout cas, indubitablement la dernière."

Le Dr Cibrie entrevoit désormais la possibilité d'une sorte de tiers payant pour les catégories sociales les plus modestes. Rappelons que, jusque là, ces dernières n'étaient de toute façon pas solvables et ne pouvaient que rarement payer un médecin. Cette nouvelle attitude remet donc en cause l'entente directe absolue pourtant défendue jusque là avec ardeur par le secrétaire général.

Pourquoi ce changement de position ? Outre des oppositions qui commencent à se dessiner dans son propre camp, le Dr Cibrie voit peut-être dans une attitude plus conciliante une possibilité de modifier le règlement d'administration publique et ainsi éviter un texte de loi rectificatif impliquant de nouvelles discussions devant la Chambre des députés. Cette nouvelle étude par les parlementaires, induite par l'opposition du corps médical qui bénéficierait alors d'une image peu favorable, pourrait remettre en cause certains acquis.

Par ailleurs, l'analyse faite par le Dr Duvernoy du texte de loi du 5 avril 1928 trouve un écho favorable chez le secrétaire général, comme en témoigne une lettre de ce dernier adressée au Ministre et publiée dans la revue "*La Journée Industrielle*" du 4 mars 1929 :

1163 Il s'agit de la liste des médecins qui accepteraient le tarif de responsabilité des caisses par l'intermédiaire de conventions passées entre les syndicats professionnels et les caisses.

"*Le corps médical ne se fait pas d'illusions sur les résultats de la liberté contractuelle prévue dans le texte de la loi. Nous connaissons assez les habitudes administratives pour savoir que les caisses voudront imposer tarifs et tiers-payant ; et nous ne voyons pas bien quelle est l'organisation arbitre impartiale qui déciderait entre les thèses opposées du corps médical et de l'administration des caisses.*

La liberté contractuelle nous apparaît comme une magie verbale nous amenant en fait au seul mot dit "Tiers payant" et la vrai liberté pour l'assuré comme pour nous réside dans l'entente directe.

Vous savez, Monsieur le Ministre, quels avantages d'ordre moral et scientifique pourra seul conserver à la médecine française le système de l'entente directe, et vous savez que le vrai bénéficiaire sera l'assuré. Vous savez aussi hélas, que le tiers payant est générateur de fraudes et de scandales.

C'est pourquoi la Confédération des syndicats médicaux français, gardienne de la moralité médicale et du bon renom de notre profession ne peut admettre, même dans une partie limitée du territoire l'existence d'une modalité que nous connaissons trop et jugeons néfaste."[1164]

Le Dr Cibrie accuse finalement la liberté contractuelle, qu'il a souvent combattue, de masquer en réalité l'objectif final du Gouvernement qui serait le tiers payant. Sous couvert d'un argumentaire visant - en apparence - à défendre les intérêts des assurés, se cache probablement une volonté de préserver les modalités de rémunération des médecins voulues les plus libérales possibles[1165]. Cette lettre sera d'ailleurs évoquée, en des termes peu favorables au corps médical, par le Ministre Louis Loucheur, lors d'une intervention au Sénat le 12 mars : "*J'ai [...] reçu de l'Union*[1166] *nationale des Médecins une lettre qu'à leur place je n'aurais pas envoyée, car elle contient certaines phrases qu'un Français ne devrait jamais écrire ; on ne doit jamais dire, par exemple qu'on refusera de collaborer à l'application d'une loi. Pour ma part, je ne l'admets pas.*"[1167] Malgré ces mots sévères, il se dit lors de la même intervention, prêt à tenter un grand effort de conciliation, pardonnant au corps médical une méconnaissance du droit public français.

Probablement dans un but d'apaisement et afin de trouver une solution aux débats sur l'entente directe, une entrevue[1168] est organisée entre M. Loucheur,

1164 *La Journée Industrielle*, revue, Paris, 4 mars 1929. Article repris par Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 280 - 281.

1165 Cf. l'argument développé par Henri Hatzfeld et déjà évoqué plusieurs fois précédemment.

1166 Il s'agit bien de la CSMF.

1167 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 281.

1168 La date de cette entrevue n'est pas précisément indiquée par le CSMF mais elle a probablement eu lieu durant la deuxième quinzaine de mars 1929.

Ministre du travail, le Pr Balthazard, Président de la CSMF et de la sous-commission médico-pharmaceutique et le Dr Cibrie, Secrétaire général de la Confédération.

C'est ainsi que nous retranscrivons la partie la plus significative des discussions ayant eu lieu lors de cette entrevue :

"*M. Balthazard. - [...] Nous pouvons donc aborder à présent l'examen du point le plus délicat, à savoir l'entente directe. Tout d'abord, nous voudrions vous demander, M. le ministre, que la modalité dite entente directe fût clairement exposée tant dans la loi que dans le règlement d'administration publique et rendue possible sans restriction.*

Nous entendons par là que, conformément à ce qui se passe pour les mutualistes dans la région lyonnaise, par exemple, l'assuré social doit pouvoir se présenter chez le médecin, s'entendre avec lui pour l'administration et la rémunération des soins, sans aucune intervention de la caisse. L'assuré règle personnellement les honoraires de son médecin, qui lui délivre les attestations à l'aide desquelles il pourra se faire verser par la caisse les sommes correspondant à la part de responsabilité qui incombe à la caisse.

M. le Ministre. - J'estime que le règlement d'administration publique vous donnera toute satisfaction sur ce point, la modalité de l'entente directe étant parfaitement prévue et réglementée. La seule difficulté que j'entrevois est la suivante : l'ouvrier a déjà fait l'avance des primes, grâce auxquelles seront réglés les divers frais entraînés par la maladie, en particulier les frais médicaux, il est donc impossible de lui réclamer une seconde fois de faire l'avance des mêmes frais. Il faut trouver un moyen d'obvier à cette difficulté : création d'un carnet de chèques, présentation d'une fiche de maladie, etc… Mais surtout je redoute que l'ouvrier, ayant en mains le carnet de chèques, ne soit tenté d'abuser des consultations médicales.

M. Cibrie. - La modalité du tiers payant plus que tout autre doit faire redouter les abus, en se plaçant sur le terrain purement psychologique que vous envisagez, M. le Ministre.

M. le Ministre. - Je vous demande donc de vous mettre en rapport avec mes collaborateurs afin de préciser le moyen qui permettra aux assurés l'entente directe avec le médecin, sans qu'il soit nécessaire pour eux de faire une avance d'argent dans le cas où leurs ressources seraient précaires. Il est indispensable que l'ouvrier puisse remettre au médecin un bon quelconque représentatif de la part de la responsabilité de la caisse, le supplément éventuellement réclamé par le médecin étant seul versé en argent. J'ajoute qu'il est indispensable que les assurés connaissent les noms des médecins qui se contenteraient comme honoraires des sommes prévues au tarif de responsabilité des caisses. Il n'en résulte pas que ces tarifs soient notablement inférieurs aux tarifs de la clientèle courante ; il appartiendra aux syndicats professionnels de les débattre avec les caisses. Il y aura donc un certain nombre de médecins qui auront accepté d'une façon complète les

tarifs de responsabilité des caisses comme tarifs de leurs honoraires et à qui, par suite, ces tarifs seront opposables. Mais aucun médecin ne sera forcé d'accepter les tarifs des caisses."[1169]

La frontière entre tiers payant et entente directe devient ici très floue. Mais, bien sûr, tout dépend des définitions données à ces termes, définitions qui, par le passé, ont été modifiées à de nombreuses reprise. Depuis le vote de la loi de 1928, il semblait que l'entente directe se conçoive comme une rémunération du médecin dans le cadre de la clientèle ordinaire, c'est à dire sans intervention d'aucune sorte de la caisse entre le malade et le médecin. Entre temps, la position de la CSMF sur ce point s'est quelque peu modérée, tout comme celle du ministre du travail. Désormais il faudrait plutôt comprendre l'entente directe comme l'absence de paiement direct du médecin par la caisse. Le tiers payant, lui, devrait s'entendre comme un système permettant à certains assurés de ne pas avancer les frais de santé sans pour autant que la caisse n'intervienne dans le paiement direct des honoraires. Mais il naît de là un certain nombre de paradoxes.

En prenant l'exemple du carnet de chèques, évoqué plus haut, la caisse remettrait ce carnet à l'assuré, et l'assuré utiliserait un chèque émanant donc de cette caisse pour payer le médecin. En somme, le médecin encaissant un chèque provenant de la caisse d'assurance, c'est bien cette dernière qui paye directement le médecin, et non le patient. Toutefois, il faut admettre que cela préserverait une sorte de geste symbolique du paiement dont on peut penser, avec certaines réserves, qu'il responsabiliserait le patient. Cela n'éviterait toutefois pas tous les abus, le Ministre comme les syndicalistes, le reconnaissent. Par ailleurs, un chèque ayant une valeur en argent, le médecin serait sûr d'être payé. Et c'est sans doute ce second point qui importe particulièrement. Nous le constatons encore de nos jours dans les débats sur le tiers payant généralisé. Le médecin craint souvent - du moins c'est l'argument avancé par les syndicats médicaux - de devoir lui-même réclamer l'argent à la caisse, comme se serait le cas avec un bon ou une feuille de soins.

Une autre difficulté apparaît. Le Ministre du Travail souhaite pouvoir assurer aux malades qu'ils trouveront toujours un médecin ne demandant, comme honoraire, pas plus que le tarif de responsabilité des caisses. Pour autant, il ne souhaite obliger aucun médecin à se limiter à ce tarif de responsabilité qui lui deviendrait opposable. Il faut donc en déduire que le Ministre mise sur un volontariat suffisant des médecins. Il paraît probable que des difficultés naissent à cet endroit, dans la mesure où ni la loi ni le projet de règlement d'administration publique n'apportent de garanties à ce sujet.

1169 CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, pp. 137 - 138. Passages soulignés par nous.

11.2.5.3. Le tiers-payant et la liberté individuelle du médecin

Suite à l'entrevue précédente - et c'est un point de première importance -, M. Loucheur propose, pour la première fois, de modifier un élément fondamental du tiers payant. Au lieu que le tiers payant soit appliqué à tous les patients dans le cadre de la liberté contractuelle entre les syndicats et les caisses, c'est désormais le médecin qui pourrait choisir d'appliquer ou non le tiers payant à tel ou tel patient. Voici la discussion qui en découle entre M. Loucheur et les membres de la CSMF :

"*M. le Ministre. - [...] Le syndicat établit avec la caisse un contrat dans lequel sont précisés les tarifs de responsabilité de la caisse en tenant compte des tarifs syndicaux, c'est-à-dire les tarifs de la clientèle ordinaire dans la région, dans lequel sont également déterminés les certificats que le médecin doit fournir à l'assuré pour lui permettre d'obtenir soit le paiement par le tiers, soit le remboursement des honoraires médicaux, dans lequel sont envisagées les modalités du contrôle. Et c'est tout.*

A partir de ce moment, suivant le principe du libre choix, qui domine toute la loi et que rien ne doit entraver, principe qu'il faut pousser jusqu'à ses extrêmes conséquences, l'assuré choisit son médecin et décide avec lui la modalité qui réglera leurs rapports, tiers payant ou entente directe.

Le contrat type prévu par le règlement d'administration publique, doit obligatoirement laisser à l'assuré et au médecin le choix de l'entente directe ou du tiers payant.

M. Balthazard. - Nous n'avons jamais envisagé sous cette forme ce que l'on avait appelé la liberté contractuelle. Il nous avait toujours semblé que, dans le contrat entre la caisse et le syndicat professionnel, on choisissait soit le tiers payant, soit l'entente directe, et qu'ensuite tous les syndiqués, mais adhérents au contrat, devaient se soumettre à la modalité énoncée dans le contrat.

M. Gadaud[1170]*. - J'ai personnellement l'impression que la loi ne permet pas l'application du système proposé par M. le Ministre.*

M. le Ministre. - Je pense au contraire que rien dans la loi n'empêche l'interprétation que je viens de formuler et dont j'ai toujours été partisan. Mes collaborateurs partagent mon opinion. D'ailleurs, s'il existait dans la loi une disposition empêchant la liberté contractuelle la plus large, telle que je viens de l'exposer, je m'engage à déposer au Parlement une proposition de loi rectificatrice. Je suis si convaincu de la possibilité du système que je propose, que je suis disposé à vous dicter tout à l'heure un texte précis sur ce point.

M. Balthazard. - A la liberté contractuelle du syndicat, vous opposez et rendez obligatoire la liberté pour l'assuré et pour le médecin syndiqué. La caisse se trouve dans l'obligation d'accepter à la volonté des intéressés les

1170 Le Dr Gadaud est membre de la CSMF et député. Il a débattu la loi du 5 avril 1928 à la Chambre.

modalités prévues dans la loi, soit le tiers payant, soit l'entente directe. Il semble que vous admettiez qu'un médecin puisse adopter le tiers payant à l'égard de certains assurés et l'entente directe avec d'autres. Vous laissez, en somme, la liberté la plus entière.

M. le Ministre. - C'est parfaitement exact. Sauf toutefois pour les médecins qui auront accepté complètement les tarifs de responsabilité des caisses : pour ceux-ci la liberté qui leur reste consiste à se faire payer directement par leurs malades ou d'accepter le paiement par la caisse, mais dans tous les cas au tarif accepté par eux et qui leur est opposable.

M. Balthazard. - Dans ces conditions, la position de la question est complètement changée et l'on peut entrevoir la possibilité d'un accord complet. Mais nous n'avons pas qualité pour engager ici la Confédération.

M. le Ministre. - Je fais remarquer que je ne donne pas d'option fractionnée. Il faut que la Confédération accepte tout ou je retire tous les engagements que je viens de prendre."[1171]

Le Ministre dicte alors, comme convenu, une déclaration sur ce point :

"*Le libre choix ne peut, en aucune façon, être contesté.*

Pour qu'il s'exerce librement, que faut-il ?

1° La caisse primaire discute avec le syndicat médical le tarif que nous appellerons "tarif des responsabilités".

Le syndicat et la caisse se mettent d'accord. Cela n'engage aucun des médecins affiliés au syndicat. Ceux-ci ont le droit d'adhérer formellement ou non à ce tarif.

2° Au regard de ceux qui ont adhéré formellement au tarif, la caisse, ou le malade, n'ont à payer que ce tarif.

3° Au regard de ceux qui n'ont pas adhéré formellement au tarif, c'est la liberté complète, c'est l'entente entre le malade et le médecin sur le prix des soins.

Le malade doit, en conséquence de cet accord, régler directement au médecin :

a) Soit le prix total de la visite, s'il peut le faire, et dans ce cas c'est le malade qui se fait rembourser, par la Caisse, le montant du "tarif des responsabilités".

b) Le malade ne peut payer que le supplément. Il y a lieu, alors, au règlement, par la caisse directement au médecin, du montant correspondant au "tarif des responsabilités"."[1172]

La discussion se poursuit et se termine par un bref échange sur les tarifs :

"*M. Cibrie. - Pourriez-vous préciser, M. le Ministre, que les tarifs de responsabilité doivent se confondre avec les tarifs des syndicats régionaux.*

1171 Ibid., p. 138 - 139. Passages soulignés par nous.

1172 Ibid., p. 140.

M. le Ministre. - Je suis disposé à vous donner satisfaction sur ce point en admettant que les tarifs de responsabilité doivent se rapprocher le plus qu'il sera possible des prix de la clientèle ordinaire.

M. le Ministre dicte alors l'addendum suivant :

"Il va sans dire que, pour l'établissement du "tarif des responsabilités", par accord entre les caisses et le syndicat, il devra, conformément à la loi, être tenu le plus large compte possible des tarifs syndicaux habituellement pratiqués dans la région." "[1173]

État et syndicats médicaux ne semblent donc jamais avoir été aussi près de trouver un accord total en ce qui concerne l'application de la loi de 1928. Cet accord repose essentiellement sur la proposition, par M. Loucheur, d'un compromis sur l'entente directe. La proposition du Ministre donnerait la liberté la plus totale au médecin dans le choix du tiers payant ou de l'entente directe comme modalité de paiement des honoraires. En parallèle, les médecins auraient la liberté des tarifs, sauf pour ceux ayant accepté de ne pas dépasser le tarif de responsabilité des caisses qui serait le plus proche possible de celui de la clientèle ordinaire. Si cela donne un certain pouvoir au médecin, cela en donne d'autant moins aux syndicats et au caisses. Cela donne également plus de libertés aux syndicalistes dénonçant la "tyrannie syndicale", qui estimaient que le pouvoir du syndicat ne devait pas prendre le pas sur la liberté des syndiqués. Certes, le Ministre a sans doute pour volonté de satisfaire le corps médical afin d'accélérer l'application de la loi, mais on ne peut exclure qu'il s'agisse également d'un habile moyen de limiter l'emprise des syndicats médicaux sur le question des honoraires.

Le Dr Cibrie perçoit immédiatement le danger :

"*Mais je vous fais tout de suite observer le danger d'une telle liberté de tractation.*

Si nous acceptons ce modus faciendi, il faudra une discipline syndicale extrêmement serrée et l'engagement, à mon avis, pris à l'avance :

a) Pour les syndicats, de ne traiter que sur un modèle de contrat soigneusement établi par le Confédération ;

b) Pour les syndiqués, de n'accepter dans aucun cas le tarif de responsabilité des caisses d'une façon formelle, à moins que, par un artifice quelconque de contrat ; cette concession puisse n'être faite qu'aux clients en situation très modeste représentant la catégorie des indigents ou des nécessiteux."[1174]

Pour autant, bien que la discussion précédente n'engage pas la CSMF dans son ensemble, ceux des syndiqués qui y ont pris part considère avoir obtenu satisfaction sur l'ensemble de leurs revendications.

1173 Ibid., pp. 139 - 140.

1174 Ibid., p. 142.

11.3. Le règlement d'administration publique du 30 mars 1929

Quelques jours après l'accord intervenu entre le Ministre du Travail et la CSMF, est publié le règlement d'administration publique du 30 mars dans sa version définitive.

11.3.1. L'analyse par article[1175]

A peine le règlement publié, la CSMF se lance dans une analyse critique de son contenu, dont nous allons reprendre les points essentiels. Comme pour le projet de janvier, nous n'aborderons plus les articles qui traitent spécifiquement de l'organisation hospitalière que nous avons détaillée précédemment.

En guise d'introduction, la CSMF précise qu'elle juge insuffisante une modification du règlement d'administration publique et que la loi doit être modifiée par un texte rectificatif pour aboutir à un accord avec le Ministre.[1176] Cela explique probablement pourquoi les syndicalistes analysent de façon beaucoup plus succincte ce règlement que le projet précédent. Par ailleurs, nous ne retranscrirons ici que les articles qui amènent un commentaire de la part de la Confédération[1177].

En premier lieu, les syndicalistes abordent l'article 32, paragraphe 1, précisant les conditions du libre choix hors de l'hôpital :

> "*Art. 32. - § 1er. - Conformément au paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 5 avril 1928, l'assuré soigné sans hospitalisation choisit librement son praticien (médecin, spécialiste, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme) dès lors que celui-ci est qualifié d'après le paragraphe ci-après pour participer au fonctionnement de l'assurance. Toutefois, en vertu du paragraphe 3 du même article, son choix est limité, pour les visites des médecins et sages-femmes à domicile, aux praticiens de la commune où il réside, ou, à défaut, la commune la plus rapprochée ; l'assuré ne peut faire appel à des praticiens établis ailleurs qu'à la condition de supporter le supplément de frais pouvant en résulter.*"

Pour la CSMF, cet article serait contraire à la loi, le libre choix ne devant comporter absolument aucune restriction.

Puis elle aborde le paragraphe 2, précisant - entre autre - les modalités du contrôle technique pour les médecins n'ayant adhéré à aucune convention :

> "*§ 2. - [...] 3° Les praticiens qui, n'ayant adhéré à aucune desdites conventions ni indiqué par déclaration celui des syndicats contractants appelé*

1175 Cette partie se base sur la source suivante : ibid., pp. 214 - 223. Les passages soulignés dans les citations le sont par nous.
1176 Ibid., p. 214.
1177 Le lecteur pourra se reporter à l'annexe n° 11 pour consulter les articles essentiels du règlement.

à les contrôler, se soumettent au contrôle technique du syndicat de praticiens désigné par la caisse."

Ce paragraphe est jugé dangereux si les syndicats ne sont pas habilités par l'organisme syndical central. Dans le cas contraire, la désignation par la caisse du syndicat contrôleur ne poserait pas de problème.

L'article 34 traite quant à lui du règlement des caisses. La Confédération commente un point précis, à savoir le § 2 alinéa "a)", qui concerne le contenu du règlement :

"*§ 2. - Le règlement prévu au paragraphe premier détermine notamment :*

a) Les formalités que les bénéficiaires de l'assurance doivent remplir et les justifications particulières qui doivent être fournies à la caisse en vue de l'attribution du paiement ou du remboursement des prestations en nature et de l'allocation des prestations en argent…"

Les syndicalistes demandent à ce qu'en aucune façon il ne puisse être porté atteinte au secret professionnel.

Nous en venons à un article essentiel, à savoir l'article 35, concernant l'habilitation et les conventions :

"*Art. 35. - § 1er. - Les caisses d'assurance passent, dans les conditions énoncées aux articles ci-après, avec les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements publics hospitaliers ou les établissements privés, notamment les dispensaires, cliniques, hôpitaux, établissements de cure et de prévention, les conventions nécessaires pour assurer leurs services de prestations à domicile et par hospitalisation.*

§ 2. - Ne sont admis à traiter avec les caisses d'assurance que les syndicats professionnels de praticiens agréés à cet effet par l'Office national des assurances sociales, après avis des principaux groupement professionnel de praticien."

Pour ce qui est des conventions, la CSMF suggère de rédiger un modèle type, en accord avec l'Officle national des assurances sociales, afin d'éviter que des syndicats ne se laissent aller "*par erreur ou par faiblesse, à des concessions dangereuses*". Cela renforce l'importance du contrôle par l'organisme syndical central, en l'occurrence, la Confédération.

Le paragraphe 2, quant à lui, est jugé inacceptable par les syndicalistes, dans la mesure où il confie l'habilitation à l'Office national des assurances sociales et non à l'union professionnelle des praticiens (la CSMF). Rappelons que, pour la Confédération, cela constitue un danger au regard de l'article 32, paragraphe 2, ci-dessus. Selon le Ministre, dont les propos sont rapportés dans *Le Médecin de France*, il ne serait pas possible de confier cette habilitation à un syndicat de médecins qui n'a pas plus de droits - d'un point de vue légal au moins - qu'un autre

syndicat, par exemple à CGT. La création d'un Ordre prendrait ici tout son sens. Pour la Confédération, l'article 35, paragraphe 2, serait éventuellement[1178] acceptable si l'habilitation faisait l'objet d'un rapport établi par une Commission technique dépendante de l'Office et consituée de 5 membres de l'administration, 5 médecins désignés par la CSMF et 2 médecins membres de l'Académie de médecine.

Puis c'est l'article 36 qui est abordé. Il concerne les tarifs.

"*Art. 36. - Pour les assurés soignés à domicile, les conventions passées avec les syndicats professionnels de praticien fixent : [...]*

2° Les tarifs applicables pour la rémunération des soins médicaux (généraux, spéciaux et dentaires) et le remboursement des frais de déplacement, ainsi que pour le paiement des médicaments et appareils [...]."

La Confédération rejette catégoriquement cet article qui ferait référence à des tarifs limitatifs appliqués à toute la clientèle des assurances sociales. Elle regrette, par ailleurs, qu'il ne prévoit pas le remboursement de l'assuré par la caisse, laissant ainsi la possibilité d'un tiers payant.

L'article 37 complète le précédent :

"*Art. 37, § 1er. - Les tarifs applicables pour la rémunération des soins médicaux donnés au domicile de l'assuré ou du praticien sont établis par localités et fixés dans les limites maxima des tarifs syndicaux ordinaires.*

§ 2. - Ils sont opposables à tout praticien, affilié ou non au syndicat contractant, qui, comme il est dit à l'article 32 ci-dessus, a, par une déclaration adressée à la caisse, expressément adhéré à la convention."

Cela amène un commentaire de la CSMF qu'il nous faut citer mot pour mot tant sa rédaction est lourde de sens :

"*Toujours les tarifs… Ils ne devraient être, pour la majorité des assurés tout au moins, que des tarifs de remboursement par les caisses.*

Nous disons "pour la majorité des assurés"... C'est ici, en effet, le point délicat des tractations en cours. Si, par un texte de loi, nous avions l'entente directe obligatoire, pour tous les assurés susceptibles de faire, en argent, l'avance des frais de visite ou de consultation, nous pourrions, peut-être[1179]*, par une dérogation dûment soulignée, admettre d'être payés au tarif de responsabilité (s'il est, ou à peu près, le tarif syndical minimum) pour la catégorie d'assurés gagnant seulement le "salaire vital" et constituant la clientèle actuelle, un peu élargie sans doute, de l'Assistance médicale gratuite.*"

Nous pourrions y voir un parallèle avec l'actuelle CMU, pour les bénéficiaires de laquelle les dépassements d'honoraires sont interdits. Notons encore que les bénéficiaires de l'AMG n'avaient - pour la plupart - pas les moyens de payer

1178 Il faut le mandat de l'assemblée générale de la CSMF pour en décider.

1179 Il faut le vote de l'assemblé générale de la Confédération pour en décider.

directement un médecin. De ce fait, c'est une clientèle qui échappait jusque là au corps médical. Un tiers payant limité aux bénéficiaires de l'AMG pourrait inverser cette situation. C'est probablement la raison pour laquelle la CSMF semble esquisser une volonté de conciliation sur ce point.

En ce qui concerne le paragraphe 2, la Confédération estime qu'il diviserait de façon regrettable le corps médical en deux parties : "*les médecins asservis et les médecins libres*". Notons également que cela induirait une concurrence entre les médecins, pouvant jouer à la défaveur de ceux ayant des tarifs libres.

Venons-en à l'article 38, paragraphe 3, qui concerne les spécialités pharmaceutiques :

> "*Art. 38. - [...]*
>
> *§ 3. - La commission n'insère dans ce tarif général les spécialités que si elles sont vraiment irremplaçables ou si elles sont d'un prix moins élevé que les médicaments non spécialisés*[1180] *qu'elles sont destinées à remplacer. Les tarifs, ainsi que les dispositions prévues à l'article 36, 1°*[1181]*, ci-dessus, sont opposables à tout praticien affilié au syndicat contractant. Ces tarifs sont également opposables aux autres praticiens qui ont adhéré expressément à la convention.*"

La CSMF s'oppose à cet article et y voit une façon de limiter la liberté de prescription des médecins. Cela n'est pas sans rappeler des débats beaucoup plus récents sur les médicaments génériques et le déremboursement de certains médicaments jugés insuffisamment efficaces.

Enfin, la Confédération analyse l'article 42, paragraphe 1, traitant des modalités de rémunération des médecins dans le cadre de la liberté contractuelle et des conventions :

> "*Art. 42. - § 1er. - Les conventions ci-dessus prévues déterminent si le montant des frais médicaux, pharmaceutiques ou autres, qui s'y trouvent fixés, est payé par la caisse au praticien, [...] ou bien s'il est acquitté par l'assuré à charge de remboursement par la caisse, ou encore s'il peut être acquitté indifféremment, suivant l'une ou l'autre de ces modalités.*"

Pour les syndicalistes, cette liberté contractuelle, qui implique la possibilité du tiers payant, serait tolérable si, en cas de désaccord sur la modalité de paiement à adopter, la Commission tripartite ne décidait pas souverainement. Ils y voient une atteinte à la liberté contractuelle totale, liberté qu'ils avaient - il faut le rappelé - critiquée à d'innombrables reprises. Notons toutefois que le corps médical bénéficie d'une représentation au sein de cette Commission. Remarquons encore que cet article ne tient compte en aucune manière de la proposition faite il y a peu par le

1180 Par "médicaments non spécialisés" il faut entendre "préparations magistrales".
1181 La CSMF ne cite pas cet alinéa.

Ministre Louis Loucheur et transférant le choix de la modalité de rémunération entre les mains du médecin.

Reste la question du contrôle, qui n'est pas abordée en détails[1182] dans *Le Médecin de France*. Nous n'en dirons que peu de choses, si ce n'est le principe général qui semble toujours donner satisfaction au corps médical : les caisses contrôlent les assurés et les syndicats professionnels contrôlent les médecins. Tout juste la CSMF précise-t-elle qu'elle aurait préféré un texte plus libéral sur certains points, sans donner plus de commentaires.

11.3.2. L'accord avec le Ministre du Travail remis en cause

Après discussions au sein de la CSMF[1183] et au regard du règlement d'administration publique, le Dr Cibrie exprime finalement deux principales objections à la proposition du Ministre du travail[1184] précédemment exposée. La première est que l'établissement d'une liste de médecins qui accepteraient de ne pas dépasser le tarif de responsabilité des caisses conduirait à créer deux catégories de médecins, donc deux catégories de médecine. Il en résulterait ce que l'on appelle parfois une médecine "à deux vitesses", source d'inégalités entre les assurés et qui suggère une différence de qualité entre ces deux modes d'exercice. La seconde est que, pour les médecins qui n'auraient pas passé cet accord, le supplément d'honoraire demandé à l'assuré disparaîtrait bien vite, par le jeu de la concurrence, comme cela a été le cas pour les accidents du travail. Nous trouvons ici les origines des deux secteurs d'activité actuels.

Suite à l'exposé de ces objections, les Drs Cibrie et Balthazard, proposent des modifications à la déclaration du Ministre du Travail, dans une lettre adressée à ce dernier et datée du 12 avril 1929 :

> "*Le libre choix ne peut, en aucune façon, être contesté.*
>
> *Pour qu'il s'exerce librement, que faut-il ?*
>
> *1° La caisse primaire discute avec le syndicat médical le tarif que nous appellerons le "tarif des responsabilités".*
>
> *Le syndicat et la caisse se mettent d'accord. Cela n'engage aucun des médecins affiliés au syndicat.*
>
> *2° Les assurés dont le salaire annuel est inférieur à 10 000 francs pour Paris, sa banlieue et les villes de plus de 100 000 habitants ; à 7 000 francs pour les autres localités (majorations pour charges de famille non comprises)*

1182 Pour consulter les principaux articles du règlement relatifs au contrôle, le lecteur pourra se reporter à l'annexe n° 11.

1183 Même si des discussions internes ont à l'évidence eu lieu, le Dr Cibrie ne dispose pas, pour l'instant, du mandat de l'assemblée générale de la Confédération pour intervenir au nom de tous les syndicalistes sur ce point. Il semble toutefois prendre certaines libertés de ce point de vue.

1184 Ibid., p. 205.

n'ont à payer que ce tarif[1185]*. Cette catégorie d'assurés pourra effectuer le paiement à l'aide de bons délivrés à l'avance par les caisses.*

3° Pour les autres assurés, c'est la liberté complète, c'est l'entente entre le malade et le médecin sur le prix des soins. Le malade doit en conséquence de cet accord, régler directement au médecin le prix total de la visite, et, dans ce cas, c'est le malade qui se fait rembourser par la caisse, le montant du "tarif de responsabilité".

Il va sans dire que, pour l'établissement du "tarif des responsabilités" par accord entre les caisses et le syndicat, il devra, conformément à la loi, être tenu le plus large compte possible des tarifs syndicaux habituellement pratiqués dans la région."[1186]

Pour la CSMF, le tiers-payant, s'il devait exister, doit être maintenu dans le cadre - par conséquent moins absolu - de l'entente directe donc du colloque singulier entre le médecin et le patient. De ce fait, le choix entre paiement direct et tiers payant devrait se faire en fonction des revenus du patient, et en ne tenant compte d'aucune convention passée entre les médecins et les caisses. Il faudrait donc créer deux catégories d'assurés plutôt que deux catégories de médecins. Il s'agit là encore de préserver l'indépendance du corps médical vis-à-vis des caisses.

Dans une seconde lettre adressée au Ministre le 29 avril 1929, et en l'absence de réponse à la précédente, les Drs Cibrie et Balthazard précisent les raisons de leur réticence au tiers payant tel que formulé par M. Loucheur. Les objections exposées sont les suivantes :

"*La première objection est l'objection de principe : le corps médical admettant unanimement*[1187] *que le tiers payant est générateur d'abus et facteur d'immoralité.*

La deuxième est l'objection de "l'engrenage" : les médecins craignent que s'ils acceptent, pour une catégorie, - même très réduite - d'assurés futurs, le règlement par tiers interposé, cette catégorie ne prenne, peu à peu, une importance trop grande.

Nous pensons cependant que le corps médical, toujours prêt à faire pour les déshérités de la fortune, le maximum de sacrifices, irait jusqu'à admettre le paiement par bons pour les assurés "ne pouvant faire l'avance" qui est bien la catégorie visée par vous.

1185 La CSMF précise que les montants indiqués ne sont le fruit que d'une simple discussion et qu'ils devront être déterminés avec plus de précisions (ibid., p. 206).

1186 Ibid., p. 206. Les passages soulignés sont ceux qui ont été modifiés.

1187 L'étude des textes publiés par la CSMF laisse penser que le rejet du tiers payant, bien que devenu relativement consensuel, ne fait pas l'unanimité absolue au sein de la Confédération. Nous rappellerons que les médecins alsaciens se sont souvent exprimés en faveur du tiers payant, et qu'il y a encore quelques semaines, la position intransigeante du Dr Cibrie au sujet de l'entente directe avait été critiquée par le Dr Duvernoy.

Pour que ces concessions - très grandes pour le corps médical - aient des chances d'être adoptées par l'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français convoquée à cet effet le 2 juin, il serait nécessaire de limiter strictement cette catégorie."[1188]

Ainsi, la CSMF demande à ce que le tiers payant soit réservé à la catégorie des assurés les plus nécessiteux, et uniquement à eux. Les raisons invoquées sont le risque d'abus - argument utilisé depuis de nombreuses années - et la génération d'une certaine immoralité, ainsi que le risque d'extension du tiers payant à d'autres catégories d'assurés. En somme, le corps médical demande, par l'intermédiaire de ses syndicats, à ce que les assurés solvables payent directement les honoraires en vertu de l'entente directe, tout en solvabilisant les plus modestes par le tiers payant.

Comme le répète le Dr Cibrie devant le conseil d'administration de la CSMF réunit le même jour, il s'agit de créer deux catégories d'assurés plutôt que deux catégories de médecin. Ces assurés les plus modestes disposaient en réalité déjà du tiers payant pour leurs soins dans le cadre de l'AMG. Pour cette raison, Dr Cibire propose de substituer au critère de salaire, celui de l'affiliation à l'AMG pour bénéficier du tiers payant[1189], proposition avec laquelle le Ministre du Travail serait au moins partiellement en accord, toujours selon le secrétaire général. Tout le monde pourrait y trouver son compte : ces patients, qui jusque là étaient soignés "pour rien" et qui n'auraient de toute façon pas les moyens financiers de fonctionner avec l'entente directe, continueraient à ne pas avancer de frais et les médecins seraient tout de même rémunérés pour le travail accompli[1190].

Finalement, les médecins conserveraient leur "clientèle ordinaire" dans des conditions peu modifiées par rapport à leur exercice habituel, tout en y ajoutant une "clientèle" qui leur échappait de façon relative, à savoir les plus pauvres qui, jusque là, n'avaient pas les moyens d'avancer les frais de consultation. Mais, pour que le tiers payant ne dépasse pas le cadre que le corps médical souhaite lui imposer, ce dernier à besoin de la protection de la loi, or la loi, sur ce point, demeure imprécise, tout comme semble l'être le règlement d'administration publique. Le corps médical ne pourrait donc obtenir gain de cause que par un texte rectificatif.

Lors du Conseil d'administration de la CSMF du 29 avril 1929, les syndicalistes sont amenés à se prononcer une première fois[1191] sur l'accord qui était intervenu lors de la précédente rencontre entre messieurs Loucheur, Cibrie et Balthazard, ainsi que sur les modifications demandées ultérieurement par le Dr Cibrie[1192]. Ce dernier estime que cela serait de nature à donner pleine satisfaction au

1188 Ibid., p. 207.

1189 Ibid., p. 269.

1190 Idem. C'est ici l'idée défendue par le Dr Cibire toujours devant le conseil d'administration de la CSMF.

1191 Il faudra encore l'aval de l'assemblée générale.

1192 Rappelons que le secrétaire général n'a eu pour le moment aucun retour du Ministre en ce qui concerne ces modifications.

corps médical et rappelle que, selon les propos du Ministre “c’est à prendre ou à laisser” et que, en conséquence, en cas de refus, il n’y aura plus de pourparlers possible, le ministre ayant prévenu qu’il retirerait ses propositions et prendrait toutes les dispositions nécessaires - et probablement indépendamment de l’avis de la CSMF - pour faire appliquer la loi[1193]. Le Dr Cibrie l’admet de façon très claire : “*Nous avons obtenu le maximum possible.*”[1194]

Mais le secrétaire général essuie d’inévitables critiques de la part de certains syndicalistes, qui lui reprochent une trop grande conciliation en ce qui concerne le tiers payant jusque là catégoriquement rejeté par lui. Mais ces critiques restent isolées. La plupart des syndicalistes semblent estimer, comme le Dr Cibrie, que le corps médical n’obtiendra rien de plus en ce qui concerne les assurances sociales et qu’il vaut mieux accepter la dernière proposition faite plutôt que de perdre tous les acquis durement obtenus. Nous ne citerons pas ici toutes les remarques et critiques sur des points de détails émanant des syndicalistes, mais nous pouvons toutefois en retenir les principales[1195] : l’absence de possibilité de poursuivre les malades ne payant pas le supplément d’honoraire par rapport au tarif de responsabilité, l’imprécision de la loi et du règlement d’administration publique en ce qui concerne l’entente directe sur les tarifs dans le cadre du tiers payant[1196], le risque de faire baisser les salaires des agriculteurs pour qui l’assurance serait obligatoire afin de les faire bénéficier du tiers payant, la difficulté à délimiter les bénéficiaires du tiers payant dans la mesure où les nécessiteux (bénéficiaires de l’AMG) ne sont pas les seuls à ne pas avancer les frais de santé (il y a également les mineurs par exemple).

Finalement, la plupart de ces questions sont repoussées devant l’assemblée générale de la CSMF, qui doit se réunir le 2 juin 1929 et, pour l’heure, aucune décision n’est prise par le Conseil d’administration.

1193 Ibid., p. 269 - 270.

1194 Ibid., p. 269.

1195 Ibid., pp. 265 - 286.

1196 Certains médecins demandent s’il serait possible de dépasser le tarif de responsabilité des caisses dans le cadre du tiers payant, ce qu’aucun texte réglementaire ne précise pour le moment, mais qui parait bien illusoire.

Chapitre 12. - La discussion d'un texte de loi rectificatif

Les discussions au sujet d'un texte de loi rectificatif s'ouvrent dans un climat tendu entre le gouvernement et le corps médical hostile à l'application - en l'état - de la loi sur les assurances sociales.

Mais le Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale doit faire face à d'autres difficultés. Notamment, certains économistes s'interrogent sur les répercussions néfastes des assurances sociales sur l'épargne et la formation de capitaux.[1197] M. Jacques Bainville, membre de l'"Action Française"[1198], estime quand a lui qu'il serait risqué de garantir des rentes par un capital qui pourrait s'user avec le temps et qu'il faudrait perpétuellement entretenir et renouveler.[1199] Du côté des syndicats de travailleurs, la CGTU se montre très vigilante et appelle à la suppression des cotisations ouvrières et au boycott des caisses patronales attachées à la bourgeoisie.[1200]

Pour autant, certains milieux réservent à la loi du 5 avril 1928 un accueil plus favorable. C'est le cas de la CGT qui milite pour son application et fondera même à cet effet, début 1930, un "Comité d'étude des assurances sociales et de la santé publique".[1201] La mutualité, elle aussi, donne une large adhésion à la loi qui lui attribue un grand rôle en lui permettant de fonder des caisses. Mais, comme le précise le *Dalloz périodique*, ce sont finalement les milieux industriels et commerciaux qui font le meilleur accueil à la loi[1202], réaction somme toute logique si l'on se rappelle que l'objectif originel des assurances sociales était de protéger la force de travail française.

12.1. Le rejet de la loi de 1928 et de son règlement d'administration publique

Courant mars 1929, la CSMF et le Ministre du Travail semblaient proches d'un accord sur l'entente directe, Louis Loucheur proposant de laisser le choix du tiers payant au médecin, au lieu de l'inscrire dans les contrats collectifs. De plus, il garantissait au corps médical des tarifs non limitatifs, mais exigeait en contrepartie que les malades puissent trouver des médecins les soignant à ces tarifs (donc sans dépassements d'honoraires). Mais cette contrepartie devait faire naître un nouveau désaccord entre M. Loucheur et les syndicalistes. Ces derniers estiment qu'elle

1197 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 287 - 289.
1198 École de pensée et mouvement politique nationaliste d'extrême droite de plus en plus actif à la fin des années 1920.
1199 Ibid., p. 289.
1200 Ibid., p. 291.
1201 Ibid., pp. 289 - 290.
1202 Dalloz, 1931, op. cit.

induirait une concurrence jugée néfaste entre deux groupes de médecins : ceux travaillant aux tarifs de responsabilité des caisses et ceux demandant un supplément. Selon la CSMF, la possibilité d'effectuer un "dépassement d'honoraire", point incontournable de l'entente directe, serait rapidement remise en cause par le jeux de la concurrence.

De plus, à la lecture du règlement d'administration publique, qui détermine les modalités d'application de la loi du 5 avril, les syndicalistes estimaient ne pas avoir obtenu les garanties promises précédemment par le Ministre du Travail.

C'est ainsi que le 2 juin 1929, l'assemblée générale de la Confédération vote la non collaboration à la loi sur les assurances sociales si elle devait rester en l'état.[1203] Ce refus se base sur le non respect - selon la CSMF - de la Charte du corps médical, votée en 1927 et réaffirmée en 1928 par les syndicats. De ce fait, le corps médical syndiqué rejette également les propositions du Ministre que les syndicats médicaux ont déclarées inacceptables[1204], sur les arguments exposés précédemment.

Les propos du Pr Balthazard, président de la Confédération et de l'assemblée générale, sont sans appel : "*Il faut bien le dire, ce qu'il convient de mettre par-dessus bord, c'est la loi elle-même… La seule chose qu'il y ait à faire, c'est d'entamer immédiatement la lutte.*"[1205] Ses propos sont immédiatement relayés par le Dr Cibrie, secrétaire général de la CSMF : "*Nous avons, je crois, une occasion inespérée d'agir avec succès pour la réalisation de nos voeux. La loi des assurances sociales est torpillée en ce moment de tous côtés et le coup que vous allez probablement lui assener tout à l'heure pourrait bien le faire chuter définitivement.*"[1206]

S'en suit le vote par l'assemblée, de l'ordre du jour suivant, rejetant la collaboration du corps médical à la loi de 1928 :

> "*L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français, réunie le 2 juin 1929,*
>
> *Après avoir pris connaissance des pourpalers engagés, à la demande du Ministre, par le Bureau de la Confédération des Syndicats médicaux français, au sujet de la loi des assurances sociales.*
>
> *Déclare :*
>
> *1° Ne pas accepter les propositions du Ministre, celles-ci ne permettant pas l'exercice d'une médecine saine et morale.*
>
> *2° S'en tenir aux conditions établies par le Congrès des syndicats médicaux en juillet 1927, et par l'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux, en décembre 1928, à savoir :*

1203 CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, p. 291.

1204 Idem.

1205 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 282.

1206 Idem.

a) Habilitation par la Confédération des syndicats médicaux français, des syndicats qui, seuls, pourront contracter avec les caisses ;

b) Libre choix, étant entendu que tous les médecins, syndiqués ou non peuvent participer aux soins si ces derniers acceptent les clauses du contrat et la juridiction du Conseil de famille syndical, avec droit d'appel devant la Confédération des syndicats médicaux français.

Ce libre choix ne sera pas limité aux soins donnés à domicile.

c) Respect absolu du secret professionnel qui ne devra être violé ni directement ni indirectement.

d) Droit à des honoraires pour tous les malades soignés, soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins.

Cette question sera l'objet d'une étude connexe en ce qui concerne les établissements visés par la loi de 1851 ;

e) Entente directe entre le médecin et le malade avec paiement direct par celui-ci des honoraires habituels ;

f) Liberté de thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique.

g) Contrôle des malades par les caisses, des médecins par le syndicat, et Commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord.

h) Nécessité de représentation suffisante du syndicat dans les Commissions techniques organisées par les caisses, et de contrats spéciaux entre les syndicats et les caisses pour l'organisation technique de tout établissement de soins.

3° Déclare que la Confédération des syndicats médicaux français n'apportera sa collaboration au fonctionnement des assurances sociales que si les conditions ci-dessus énumérées sont en totalité inscrites dans le texte de loi."[1207]

Il est complété par un second ordre du jour, par lequel la CSMF rejette également le règlement d'administration publique :

" *"L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français, réunie le 2 juin 1929, proteste contre le règlement d'administration publique qui, ne tenant aucun compte des dispositions préconisées par la sous-commission ministérielle médico-pharmaceutique et des promesses faites au cours des débats à la Chambre, écarte, en fait, les revendications légitimes du corps médical."*

(Adopté à l'unanimité.)"[1208]

Il nous faut encore citer l'intervention du Dr Renon qui suit le vote des deux ordres du jour précédents. Jamais auparavant les syndicats n'avaient fait si peu de détours pour exprimer les raisons profondes de leur opposition aux assurances sociales :

1207 CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, pp. 296 - 297. Passages soulignés par nous.

1208 Ibid., p. 325.

"*Nous voulons [...] obliger réellement tous les médecins syndiqués affiliés à la Confédération ; nous entendons apporter leur collaboration loyale à la loi, moyennant le respect du caractère libéral de notre profession ; et d'autre part, donner la garantie aux caisses, par le contrôle syndical.*

Les procédés d'inquisition envisagés par le règlement présupposent la malhonnêteté à la nasse de tout acte médical. C'est la mort de la profession libérale et c'est l'organisation du salariat médical. Ce n'est même plus du commerce, car le commerce est libre ; vous devenez de purs salariés.

Et l'entente directe, me direz-vous ? Il n'en est plus question dans ce règlement. On ne trouve pas ce mot une seule fois : elle a complètement disparu, même comme possibilité. Malgré toutes les affirmations de M. Chauveau et de M. Antonelli, l'entente directe est impossible, avec les textes de loi et du règlement. Il n'y a qu'un moyen de la réaliser : c'est d'ignorer la loi et ne plus contracter.

Il tombe immédiatement une de nos armes essentielles, c'est la possibilité de lier la caisse avec un contrat ; il ne nous restera plus que le pacte syndical qu'il faudra renforcer."[1209]

12.2. Les conséquences de ce refus

En rejetant la loi et son décret d'application, le corps médical rompt tous les pourparlers avec le Ministre du Travail, M. Loucheur. Le risque pris semble considérable, étant donné les avertissements de ce dernier. Toutefois, un commentaire du Dr Dibos, daté de juillet 1929 - et qu'il faut interpréter avec prudence - pourrait faire penser que certains parlementaires partagent au moins partiellement l'avis de la CSMF : "*j'ai eu l'occasion de causer avec un des vice-présidents de la Chambre. Il m'a dit ceci : "Votre ordre du jour tire une fameuse épine du pied du Gouvernement. Il nous permet de reprendre la loi, de la remanier parce que, telle qu'elle est, elle n'est pas applicable."* "[1210]

Le Dr Cibrie commente ce rejet par l'assemblée générale en faisant appel à la plus grande discipline syndicale et en demandant aux médecins et aux syndicats de ne passer de contrats sous aucun prétexte avec un quelconque organisme d'assurances sociales tant que les revendications du corps médical ne seront pas respectées.[1211] Afin de soutenir l'effort de la CSMF, le secrétaire général demande à tous les médecins, syndiqués ou non, une participation exceptionnelle de 100 francs afin d'aider à défense des intérêts du corps médical.[1212]

1209 Ibid., p. 330. Passages soulignés par nous.

1210 Ibid., p. 407.

1211 Ibid., pp. 291 - 292. Passages soulignés par la CSMF.

1212 Ibid., p. 292.

Les propos du Dr Cibrie résument assez bien la pensée de la majorité des syndicalistes à cette époque. Ici ressurgit - si tant est qu'elle ait une jour disparue - l'ancienne crainte de la fonctionnarisation du corps médical (évoquée dès 1918 et sans doute avant), allant vraisemblablement de paire avec le tiers payant. En effet, le tiers payant, du fait du paiement par la caisse, implique une notion - même partielle - de salariat et, en raison du lien entre les caisses et l'Etat, de "fonctionnarisation". Les médecins rejettent donc toute tarification non librement et individuellement décidée par eux, ainsi que toute idée de tiers payant, les deux allant à l'encontre de l'indépendance et de la liberté du corps médical.[1213]

Toutefois, si dans la loi, rien n'est dit au sujet de l'entente directe, rien ne semble pour autant l'interdire. Le corps médical pourrait ainsi, par ses syndicats, s'organiser pour réaliser l'entente directe. Cette solution ne semble pas être envisagée par la CSMF, comme en témoigne un supposé échange entre le Dr Cibrie et Louis Loucheur, volontairement déformé par le Dr Duvernoy :

> "*Cibrie a demandé au Ministre l'obligation de l'entente directe. Il est allé trouvé M. Loucheur, et lui a dit : "Nous demandons que l'entente directe soit rendue obligatoire par le gouvernement."*
>
> *Le Ministre lui a répondu : "Mais, il vous est possible de réaliser cela dans votre Confédération."*
>
> *M. Cibrie lui a répondu : "Non, Monsieur le Ministre ; je vous en prie, ne nous laissez pas cette faculté ; obligez-nous à contracter par entente directe et faites bien en sorte que nous ne puissions pas changer d'avis dans l'avenir."*
>
> *Voilà quelle a été l'attitude prise devant le Ministre. Ce ne sont évidemment pas les paroles que je répète, mais c'est bien le sens de ce qu'a demandé Cibrie.*"[1214]

Cela montre bien que le corps médical cherche la protection de la loi, sans laquelle, selon la Confédération, certains médecins pourraient passer des contrats avec les caisses selon des termes particulièrement conciliants, entraînant une concurrence qualifiée de déloyale entre les médecins. Il ne faut donc pas voir la loi comme un obstacle aux intérêts du corps médical mais également comme un instrument au service de l'action syndicale.

Mais rejeter la loi ne veut pas obligatoirement dire s'opposer au principe des assurances sociales. C'est du moins ce qu'affirme en 1929 le Dr Lafontaine, qui souligne encore et toujours qu'un système créé sans les médecins le serait contre eux :

> "*Il ne faut pas que vous apparaissiez comme les adversaires de toute loi des assurances sociales. Cela ne nous regarde pas. Nous pouvons être les adversaires de la loi actuelle, parce qu'elle contient des dispositions*

1213 Ibid., pp. 328 - 329.

1214 Ibid., p. 332.

contraires aux intérêts médicaux ; nous ne devons pas apparaître comme des adversaires résolus de toute loi d'assurances sociales. (Applaudissements. Mouvements divers.)

Le faire serait vous placer sur un terrain extrêmement dangereux, parce que toute l'histoire du mouvement syndical prouve que nous n'avons obtenu quelque chose que quand nous nous sommes associés à des alliés, hier les assistés, avant-hier, les accidentés du travail. Le libre choix, nous ne l'avons obtenu que parce que nous étions associés à l'opinion publique qui avait compris que nous défendions non seulement les intérêts médicaux, mais les intérêts des assistés, comme demain nous défendrons les intérêts des assurés."[1215]

Mais il y a fort à penser que tous les syndicalistes ne sont pas de son avis. Rappelons que c'est, entre autre, cette position peut-être trop conciliante qui avait valu au Dr Lafontaine d'être mis à l'écart du Secrétariat de l'ancienne USMF quelques années auparavant.

Le Dr Lafontaine ajoute qu'en refusant le tiers payant et le compromis proposé par le Ministre du Travail à la quasi-unanimité[1216], et en réaffirmant donc la volonté d'une entente directe absolue, la CSMF estime vouloir protéger les intérêts des malades. En l'absence d'un Ordre des médecins, qui ne sera créé que plus tard, la garante de la moralité de la profession demeure la Confédération, essentiellement de par son implication dans les questions sociales et sa position de quasi monopole. La CSMF se défend d'ailleurs, dans un tract publié en été 1929, de faire preuve "*d'égoïsme corporatif*" : "*Le corps médical français a toujours montré qu'il mettait l'intérêt de ses malades au-dessus de ses propres intérêts matériels et c'est pour sauvegarder la moralité de la médecine française en même temps que la moralité de la santé de ses concitoyens qu'il se décide à exposer publiquement sa doctrine.*"[1217] Face au Ministre, la CSMF affirme vouloir préserver la moralité de la profession et non des intérêts pécuniaires : "*Il [le ministre, NDLR] nous a fait observer que nous allions gagner beaucoup d'argent et, quand nous lui avons dit que ce n'était pas là ce qui nous préoccupait, que nous tenions surtout à la moralité de la profession, il a été quelque peu étonné.*"[1218] Mais, il y a inévitablement ici "conflit d'intérêts" puisqu'un syndicat a avant tout pour objectif de défendre la profession, les intérêts des deux groupes (patients et médecins) pouvant être contradictoires. On pourrait ainsi supposer que, sous couvert de défendre les malades, la CSMF cherche également à se donner une image plus favorable aux

1215 Ibid., p. 334. Passage souligné par nous.

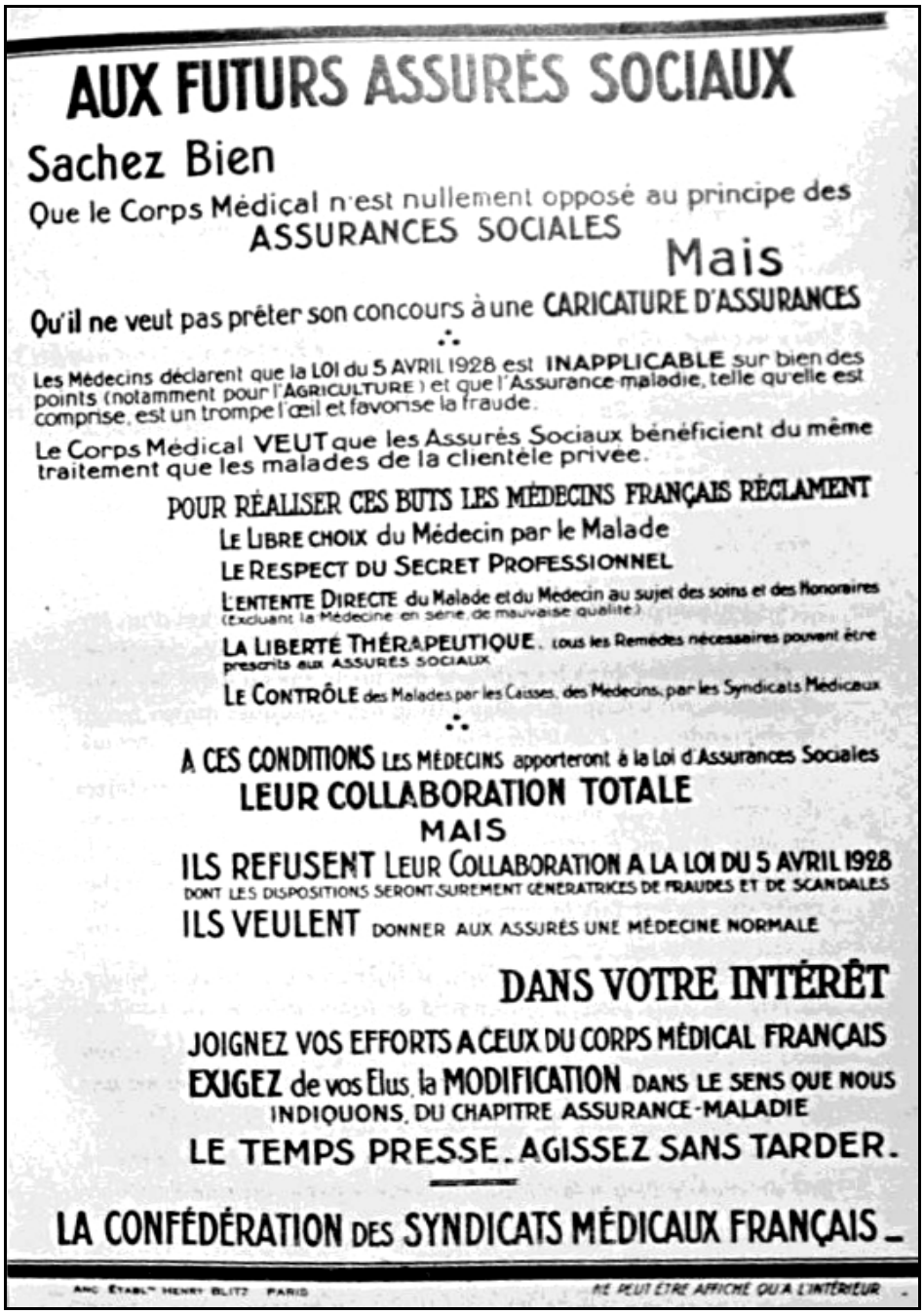
1216 Ibid., p. 296. La proposition du Ministre du Travail est rejetée à l'unanimité moins deux délégués représentant 30 voix.

1217 Ibid., p. 313. Les arguments développés dans la suite du tract reprennent ceux utilisés en interne par la CSMF et lors des débats avec les Ministre. Nous ne les citerons pas à nouveau.

1218 Ibid., p. 327.

yeux des futurs assurés, afin sans doute d'obtenir leur soutien ou du moins d'éviter tout conflit avec ces derniers.

Le refus de la loi pouvant s'apparenter, pour les assurés sociaux, à un refus des assurances, la CSMF s'empresse de préparer un tract[1219] destiné aux patients, qui sera affiché dans les salles d'attente des médecins à partir de 1930.



AUX FUTURS ASSURÉS SOCIAUX

Sachez Bien

Que le Corps Médical n'est nullement opposé au principe des ASSURANCES SOCIALES

Mais

Qu'il ne veut pas prêter son concours à une CARICATURE D'ASSURANCES

∴

Les Médecins déclarent que la LOI du 5 AVRIL 1928 est INAPPLICABLE sur bien des points (notamment pour l'AGRICULTURE) et que l'Assurance-maladie, telle qu'elle est comprise, est un trompe l'œil et favorise la fraude.

Le Corps Médical VEUT que les Assurés Sociaux bénéficient du même traitement que les malades de la clientèle privée.

POUR RÉALISER CES BUTS LES MÉDECINS FRANÇAIS RÉCLAMENT

LE LIBRE CHOIX du Médecin par le Malade

LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL

L'ENTENTE DIRECTE du Malade et du Médecin au sujet des soins et des Honoraires (Excluant la Médecine en série de mauvaise qualité)

LA LIBERTÉ THÉRAPEUTIQUE. tous les Remèdes nécessaires peuvent être prescrits aux ASSURÉS SOCIAUX

LE CONTRÔLE des Malades par les Caisses, des Médecins, par les Syndicats Médicaux

∴

A CES CONDITIONS LES MÉDECINS apporteront à la Loi d'Assurances Sociales

LEUR COLLABORATION TOTALE

MAIS

ILS REFUSENT LEUR COLLABORATION A LA LOI DU 5 AVRIL 1928

DONT LES DISPOSITIONS SERONT SURÉMENT GÉNÉRATRICES DE FRAUDES ET DE SCANDALES

ILS VEULENT DONNER AUX ASSURÉS UNE MÉDECINE NORMALE

DANS VOTRE INTÉRÊT

JOIGNEZ VOS EFFORTS A CEUX DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

EXIGEZ de vos Elus, la MODIFICATION DANS LE SENS QUE NOUS INDIQUONS, DU CHAPITRE ASSURANCE-MALADIE

LE TEMPS PRESSE. AGISSEZ SANS TARDER.

LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

ANC ÉTABLTS HENRY BLITZ PARIS — NE PEUT ÊTRE AFFICHÉ QU'A L'INTÉRIEUR

Fig. 4. - Tract de la CSMF affiché dans les cabinets médicaux en 1930[1220]

1219 Le contenu de ce tract a été déterminé lors de l'Assemblée générale de la CSMF de juin 1929. Le contenu des discussions à ce sujet est résumé par Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 282 - 284.

1220 CSMF, *Le Médecin de France*, 1930, p. 205.

Le corps médical prend donc un risque significatif en rejetant la loi ainsi que son décret d'application. D'une part, il risque de rompre les négociations avec le Ministre, bien que cela paraisse difficilement envisageable vue la position centrale des médecins dans le système d'assurance. D'autre part, il pourrait ternir son image dans l'opinion publique qui compte de nombreux partisans des assurances sociales.

La raison de ce rejet semble être la non réalisation de l'entente directe exclusive, pilier de l'identité libérale de la profession. Ces principes connaîtrons d'ailleurs en 1929 une profonde remise en question, au travers de l'expérience allemande, relayée par l'ouvrage sur Dr. Erwin Liek. Nous allons y venir.

12.3. L'ouvrage du Dr Erwin Liek sur les Assurances sociales en Allemagne

En 1929, en plein débat sur la nouvelle loi d'assurances sociales en France, un livre datant de 1927 attire - au moment le plus opportun - l'attention toute particulière du corps médical. Il s'agit de l'ouvrage d'un médecin allemand, le Dr Erwin Liek, de Dantzig, intitulé "*Die Schäden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung*"[1221], en français "*Les méfaits des Assurances Sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier*"[1222]. Une traduction française, confiée aux avocats Raoul et Edgard Lantzenberg - ce dernier étant également médecin[1223] -, est publiée deux ans plus tard.

Rappelons qu'un système d'assurance maladie, institué par Bismarck, est en vigueur en Allemagne depuis 1883.

Avant d'étudier la façon dont l'ouvrage fût perçu par les syndicats médicaux français, nous allons nous livrer à une analyse de celui-ci afin de bien cerner son contenu.

12.3.1. L'analyse de l'ouvrage

12.3.1.1. Le contexte

Avant d'aborder l'analyse proprement dite, il nous faut dire quelques mots sur l'édition sur laquelle nous nous basons. Il s'agit de la même que celle dont disposait le corps médical français en 1929, à savoir la traduction des frères Lantzenberg publiée aux éditions Payot.

1221 Liek, Erwin, *Die Schäden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung*, München : J. F. Lehmanns Verl., 1927, 95 p.

1222 Liek, Erwin, *Les méfaits des Assurances Sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier*, Paris : Payot, 1929, 220 p.

1223 Ibid., 3ème de couverture.

Il est frappant, dès les premières pages de l'ouvrage, de constater qu'il ne s'agit pas seulement d'une traduction, mais d'un ouvrage nettement adapté aux débats français. Dans l'"avertissement des traducteurs", ces derniers ne font nulles remarques sur la traduction - si ce n'est dans une note de bas de page[1224] -, préférant décrire la situation des médecins français face aux assurances sociales en 1929. Par ailleurs, il ajoutent un court résumé au début de chaque chapitre assorti d'une bibliographie comprenant des ouvrages en français, en plus de ceux initialement mentionnés en allemand. Enfin, cette traduction aurait été commandée par le Pr Weiss, Doyen de la Faculté de médecine Strasbourg, et fervent opposant aux assurances sociales.[1225]

Si l'objectivité de la traduction peut donc prêter à discussion, c'est ce qui la rend particulièrement intéressante à nos yeux, dans la mesure où toute subjectivité en dit long sur les enjeux - parfois inavoués - des assurances sociales.

En préface[1226] de l'ouvrage, le Pr Weiss dresse un tableau particulièrement noir des assurances sociales en Alsace, qu'il estime bien connaître. Il y souligne la place singulière que tient - pour les médecins - l'assurance maladie au sein des assurances sociales et rappelle le rôle central du corps médical dans son fonctionnement. Mais il pointe plusieurs inconvénients à cette nouvelle médecine sociale : l'augmentation du travail administratif et de la comptabilité qui prennent du temps sur les soins, la moindre indépendance du médecin remettant en cause l'exercice libéral, le risque de fonctionnarisation du corps médical, l'apparition de deux catégories de médecine[1227], la rémunération insuffisante des médecins et la disparition du "médecin de famille". Peut-être ce dernier point est-il en lien avec la protection du colloque singulier entre le médecin et son malade, principe à la base de l'entente directe. Pour George Weiss, le Dr Liek aurait le mérite de pointer du doigt ces dysfonctionnements et de proposer des solutions, ce qui ferait de l'ouvrage une base incontournable pour la discussion des assurances sociales en France.

Puis, le Dr Liek, en avant-propos[1228], situe le contexte de son ouvrage. On y apprend qu'il fût, pendant deux ans, médecin des caisses en Allemagne et que, selon lui, les assurances sociales portent gravement atteinte à la santé publique. Mais il précise ne pas vouloir entrer dans un débat politique et entend étudier les assurances sociales d'un point de vue strictement médical. Il faut rappeler ici que, jusqu'au milieu des années 1920, l'USMF affirmait, elle aussi, ne pas vouloir faire de politique et ne considérer que les aspects "techniques". La suite des débats sur les assurances sociales nous a enseigné que cette volonté était illusoire tant les enjeux politiques et médicaux sont intriqués, et tant la politique est indissociable de l'action

1224 Ibid., note de bas de page n° 1, p. 12.
1225 Ibid., p. 12.
1226 Ibid., pp. 7 - 12.
1227 La médecine libérale "traditionnelle" et la "médecine des caisses".
1228 Ibid., pp. 13 - 16..

syndicale en général. Puis, Erwin Liek annonce le plan[1229] général de son exposé, divisé en trois chapitres : introduction, avantages et inconvénients des assurances sociales, correctifs et amendements. Enfin, il dédie son livre aux médecins allemands, dont il se veut le défenseur.

Dans l'"*avant-propos de la deuxième édition*"[1230], Liek précise les fondements de la médecine libérale basée sur la liberté et l'indépendance du corps médical. Pour lui, un médecin fonctionnaire cesserait d'être médecin. Ces principes seraient remis en cause par l'administration et la bureaucratie qu'il critique vivement. Pourtant, il prévient qu'il en viendra à recommander la fonctionnarisation du corps médical, semble-t-il plus par dépit que par réelle conviction, ce qui lui attirera les foudres de nombreux syndicats de médecins en France comme en Allemagne. C'est ainsi qu'il ajoute : "*Il serait sans profit de s'appesantir sur les critiques formulées par les secrétaires des syndicats*[1231] *; ce serait regrettable car ce serait du temps perdu. Faut-il donc que je bataille contre des gens qui falsifient malicieusement ma pensée pour m'attribuer des absurdité ?*"[1232] C'est ce que nous tacherons de vérifier plus loin en analysant la façon dont l'ouvrage fût accueilli par les syndicats de médecins français.

Cet avant-propos est également l'occasion pour nous de préciser la biographie de ce chirurgien allemand de Dantzig. Il étudia la médecine de 1896 à 1902 à l'université de Fribourg-en-Brisgau où il se spécialisa en cancérologie. Plus tard, influencé par les mouvements eugéniques et d'hygiène raciale, dérivés de la théorie évolutionniste de Darwin, il recommandera une réorientation de la médecine du *Fürsorge* vers le *Vorsorge*.[1233] Selon la théorie développée par Erwin Liek, fervent défenseur de la tradition de l'holisme, il fallait donner le plus d'importance à la personne entière et à l'ensemble de la société.[1234] C'est dans cette optique qu'il s'engagea dans la lutte contre le cancer dès les années 1900, en mettant l'accent sur la prévention - notamment au travers de l'alimentation - à l'échelle de tout le peuple.[1235] Plus tard, l'industrialisation et la première guerre mondiale renforcèrent les dimensions économiques et sociales de l'eugénisme.[1236] Si cette théorie en

1229 Pour un plan détaillé, le lecteur pourra se reporter à l'annexe n° 12.

1230 La première édition intitulée "*Le médecin et sa mission*" traitait également de la médecine sociale : Liek, Erwin, *Der Arzt und seine Sendung*, München : J. F. Lehmanns Verl., 1926, 140 p. Liek y traite des théories sociales eugénistes et qu'il reprend dans la seconde édition. Il précise avoir corrigé depuis quelques erreurs de calculs qui auraient permis à ses détracteurs de détourner son ouvrage.

1231 Toutefois, Liek fait ici référence à tous les syndicats et pas uniquement aux syndicats médicaux.

1232 Liek, Erwin, 1929, op. cit., p. 14.

1233 Ekanga, Basile, *À propos du suicide assisté et de l'euthanasie aujourd'hui*, USA, Bloomington : iUniverse, 2013, p. 62.

1234 Idem.

1235 Reich, Warren, *The Care-Based Ethic of Nazi Medicine and the Moral Importance of What We Care About*, in *The American Journal of Bioethics*, Volume 1, numéro 1, Georgetown : Georgetown University, 2001, pp. 65 - 66. Voir également Ekanga, Basile, 2013, op. cit., p. 62.

1236 Ekanga, Basile, 2013, op. cit., p. 62.

Allemagne ne semble pas raciste initialement, c'est après la mort de Liek en 1935, que son disciple Karl Kötschau incorporera le *Vorsorge* à la médecine nazie.[1237] C'est ainsi que plusieurs auteurs qualifieront ultérieurement Liek de "*père de la médecine nazie*", pour son implication dans les théories eugéniques.[1238]

12.3.1.2. L'argumentaire du Dr Liek

Après ces quelques éléments de contexte, venons-en à l'analyse de l'ouvrage proprement dit, que nous allons mener en suivant le plan[1239] proposé par le Dr Liek.

12.3.1.2.1. L'introduction

En guise d'introduction, il rappelle que l'assurance maladie en Allemagne, créée en 1888 par Bismarck, est la plus ancienne des assurances sociales. Il précise qu'elle fût créée sans l'avis du corps médical, raison pour laquelle elle aurait rapidement porté atteinte à l'art de guérir et engendré une grave décadence de la médecine, réduisant le médecin à un humble ouvrier salarié des caisses[1240] : "*Le médecin est sorti du temple de l'art de guérir, dont il était le prêtre et cela n'a certes pas été pour occuper une situation comparable en dignité - car ce sont aujourd'hui les bureaucrates et les scribes qui trônent dans le temple - mais simplement, pour devenir un bien modeste ouvrier, lié par un contrat, un humble salarié.*"[1241] Cela rejoint l'argument du Dr Lafontaine, ancien secrétaire général de l'Union dans les années 1920, selon lequel un système d'assurances sociales créé sans la consultation du corps médical le serait contre lui. A bien des reprises, les syndicats médicaux français craignirent de voir la position sociale du médecin remise en cause.

Puis Erwin Liek analyse ce qui, selon lui, a conduit au développement des assurances sociales en Allemagne.[1242] L'assistance patriarcale (protection des enfants et vieillards dans le cercle familial) d'avant les premiers systèmes d'assistance sociale devint insuffisante avec l'avènement de l'industrialisation au XIXème siècle. Empreint des théories de Drawin, il précise que, abstraction faite de cette forme d'aide qui existe dans le règne animal et dans les sociétés humaines à

1237 Ibid., pp. 62 - 63.
1238 Idem. Voir également : Reich, Warren, 2001, op. cit., pp. 65 - 66 et Proctor, Robert, *The Nazi War on Cancer*, USA, Princeton : Princeton University Press, 2000, pp. 22 - 27.
1239 Pour un plan détaillé le lecteur pourra se reporter à l'annexe n° 12. Il nous semble que la consultation préalable de ce plan, rédigé par nous, permettrait au lecteur une meilleure compréhension de l'argumentation développée par Liek.
1240 Liek, Erwin, 1929, op. cit., p. 18.
1241 Idem.
1242 Ibid., pp. 19 - 23. Voir également notre historique des assurances sociales au début de notre travail.

une échelle limité, "*tout être qui, dans la nature, s'affaiblit, soit par la maladie, soit par la vieillesse, est impitoyablement anéanti et fait place à des êtres jeunes et bien portants*"[1243]. Mais pour lui, cela ne remet pas en cause l'entraide mutuelle, qui existe dans le règne animal mais ne concerne généralement que les bien portants, raison pour laquelle il ne voit pas d'obstacle philosophique ou moral au principe de l'assistance en lui-même. La dureté du travail des ouvriers dans les industries rendait donc indispensable une forme de protection sociale afin de ne pas mettre en péril la force de travail allemande dont la bonne santé était nécessaire à la pérennité économique du pays. Liek cite une première initiative patronale en 1830, oeuvre des établissements Krupp, consistant en un système d'assurance maladie d'abord facultatif puis - en raison d'une efficacité insuffisante - obligatoire.[1244] Parallèlement les ouvriers s'étaient organisés aboutissant à la création, en 1848 à Berlin, de la "Fraternité générale des travailleurs allemands", 1ère organisation politique de travailleurs en Allemagne.[1245] Jusque dans les années 1870, la classe ouvrière devait gagner en poids à l'Assemblée fédérale.[1246] Comme le remarque Liek, au lendemain de la guerre de 1870, l'Allemagne devait apporter une protection aux travailleurs qui s'étaient battus pour la patrie, tout en admettant que Bismarck, par la première loi sociale de 1883, cherchait avant tout à éviter des conflits intérieurs pouvant déstabiliser l'Etat.[1247] Mais, comme Liek se propose de l'exposer dans son ouvrage, cet objectif de Bismarck ne fût, selon lui, pas atteint.

S'en suit une description des conditions de vie et de travail des ouvriers allemands que nous avons déjà abordée au début de notre étude dans le chapitre consacré à la protection sociale avant le Première Guerre mondiale. Nous n'y reviendrons donc pas. Il découle de ces constatations que, pour le Dr Liek, nul peut refuser assistance et protection à des êtres qui subsistent dans de telles conditions d'hygiène et d'insalubrité, et régulièrement victimes d'accidents les rendant inaptes au travail.[1248] Nous y entrevoyons la théorie de l'holisme défendue par Liek, qui affirme que l'assistance est aussi nécessaire que la lutte pour l'existence indispensable à la sélection des forces corporelles et intellectuelles. L'être humain vivant par nature en société, il doit se créer une sorte d'équilibre entre ces deux nécessités. C'est ainsi qu'il affirme : "*La lutte pour la vie et l'assistance pour la vie règlent les rapports des individus entre eux.*"[1249] Il ajoute que, pour ces raisons, si le corps médical allemand avait été consulté - ce qui n'aurait pas été le cas - il aurait

1243 Ibid., p. 19.
1244 Ibid., p. 22.
1245 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., p. 22.
1246 Ibid., p. 23.
1247 Liek, Erwin, 1929, op. cit., pp. 22 - 23. Pour plus de détails sur les enjeux sociaux de la question ouvrière pour Bismarck, voir : Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., pp. 25 - 29.
1248 Liek, Erwin, 1929, op. cit., p. 25.
1249 Ibid., p. 28.

sans doute approuvé les assurances sociales, mais sans en percevoir les dangers auxquels elles exposaient la société allemande toute entière.[1250]

3.3.1.2.2. Les méfaits des assurances sociales en Allemagne

C'est après cette introduction que Liek s'attache à préciser les méfaits des assurances sociales en Allemagne. Cette partie peut elle-même être scindée en quatre : les avantages de l'assurance maladie pour les assurés, pour les médecins, puis les méfaits pour les assurés et enfin pour les médecins.

12.3.1.2.2.1. Les avantages qu'il faut reconnaître

Pour Erwin Liek, les assurances sociales sont d'une utilité incontestable pour les assurés.[1251] Il précise que, par ses bénéfices sur la santé des individus et sur la santé publique, l'assurance maladie a été un réel progrès, allant même jusqu'à qualifier son organisation d'excellente. C'est en ces termes qu'il conclut ce paragraphe : "*Seul un fou, ou un être malveillant, pourra contester les progrès remarquables faits en Allemagne depuis l'application du Code des assurances sociales.*"[1252]

Quand à savoir si l'assurance maladie a été avantageuse pour les médecins[1253], Liek est, là encore, affirmatif. Pour lui, ce système favorise l'installation des jeunes médecins en facilitant la constitution d'une clientèle, assure une rémunération suffisante et permettrait de fixer les connaissances médicales.

Toutefois, malgré ces avantages, "*l'assurance maladie ne peut pas être maintenue dans sa forme actuelle ; les inconvénients des caisses-maladies ne constituent pas seulement des fautes esthétiques, mais une grave menace pour la santé publique et le corps médical.*"[1254] Pour Liek, si les avantages du système sont incontestables, ils ne suffisent pas à compenser de "*petites faiblesses*"[1255], des "*défauts esthétiques insignifiants*"[1256] en apparence, mais aux conséquences majeures sur la santé publique. Enfin, il insiste sur le fait que ces critiques émaneraient essentiellement, selon lui, des médecins spécialistes dont il fait partie.[1257] Rappelons qu'en France les critiques au sujet des assurances sociales

1250 Ibid., pp. 29 - 30.
1251 Ibid., pp. 35 - 37.
1252 Ibid., p. 37.
1253 Ibid., pp. 37 - 38.
1254 Ibid., p. 38.
1255 Idem.
1256 Idem.
1257 Idem.

émanent de syndicats constitués majoritairement de médecins généralistes[1258] ; les spécialistes, exerçant essentiellement à l'hôpital, se sentant sans doute moins concernés par la remise en cause du modèle libéral à l'époque. Selon les travaux de Patrick Hassenteufel et Alban Davesne, ce qui différencie fondamentalement le syndicalisme médical en Allemagne et en France, c'est que les médecins allemands se sont regroupés consécutivement aux assurances sociales qui ont été créées sans eux et n'ont jamais remis en cause la médecine des caisses ni d'ailleurs le tiers payant.[1259] Leur objectif, dès les années 1900, fût d'améliorer leur position à l'intérieur de l'assurance-maladie et non pas, comme en France, de s'opposer à elle.[1260] En Allemagne, le syndicalisme médical s'est d'avantage développé autour des spécialistes qu'en France. Les revendications fondatrices des spécialistes allemands sont la reconnaissance matérielle des actes spécifiques à la spécialité dans la nomenclature et la valorisation de leur rémunération[1261]. Cela illustre un syndicalisme encore plus segmenté qu'en France avec une forte concurrence interne, due à la défense d'intérêts spécifiques aux sein d'institutions publiques où les médecins sont représentés.[1262]

12.3.1.2.2.2. Les méfaits pour les assurés

Puis Liek aborde la partie qu'il juge la plus importante : les inconvénients. Il évoque en premier lieu ceux pesant sur les assurés. Ils sont au nombre de six, que nous allons aborder succinctement.

En premier lieu, selon l'auteur, il *s'*interposerait une direction bureaucratique entre le malade et le médecin, qui ne doivent naturellement n'avoir entre eux que des relations de confiance.[1263] Pour lui, cela occasionne une perte de temps en tâches administratives et rompt le secret professionnel car la caisse a connaissance de la pathologie du patient. Nous retrouvons un lien évident avec l'entente directe défendue par les médecins français, bien que le Dr Liek n'aborde pas ici la question de la rémunération.

Il affirme ensuite que "*l'assurance maladie étouffe l'énergie, favorise la mollesse du corps et de l'esprit, et conduit à une éternisation voulue de la maladie.*"[1264] En effet, elle favoriserait selon lui les consultations superflues pour des

1258 Cette tendance se modifiera nettement dans les années 1950 et 1960 avec des critiques envers l'assurance maladie émanant majoritairement des spécialistes. Le premier syndicat de médecins spécialistes ne sera d'ailleurs créé en France qu'en 1929. Source : Hassenteufel, Patrick ; Davesne, Alban, *Les médecins face aux réformes des systèmes de soins - Une mise en perspective comparative France - Allemagne - Suède*, Paris : Institut Montparnasse, 2013, p. 18.
1259 Hassenteufel, Patrick ; Davesne, Alban, 2013, op. cit. p. 25.
1260 Idem.
1261 Ibid., p. 28.
1262 Idem.
1263 Liek, Erwin, 1929, op. cit., p. 39.
1264 Ibid., p. 39. Voir également : ibid., pp. 39 - 49.

motifs futiles, étant donné la prise en charge de soins par l'assurance, et inciterait à la prolongation inutile des arrêts de travail. Pour Liek, la guérison se fait d'autant plus vite que la reprise du travail est indispensable pour la subsistance de l'assuré. Il ajoute que le "libre choix", pourtant défendu avec acharnement par les médecins français, serait à l'origine d'un "*relâchement des caractères*"[1265]. En effet, un malade qui n'aurait pas obtenu satisfaction auprès d'un médecin est libre d'aller en voir un autre, peut-être plus conciliant et qui ne verrait pas d'inconvénient à l'établissement de prescriptions de complaisance afin de préserver sa clientèle. Il n'hésite pas à qualifier ces patients de "*parasites des caisses-maladies*"[1266]. Abstraction faite du lien avec le libre choix, nous retrouvons le risque d'abus dénoncé par les syndicats de médecins français.

Le troisième inconvénient porterait sur le fait que celui qui est réellement malade n'obtiendrait pas intégralement son droit[1267]. Les revenus des médecins étant diminués par une rémunération contrôlée par le système d'assurance maladie, ces derniers seraient contraints, selon Liek, à la médecine de masse, ce qui altérerait la prise en charge des patients et la dignité du corps médical.[1268] Il donne l'exemple d'une caisse de Dantzig, pratiquant la rémunération au forfait[1269], qui ne paye les médecins qu'un seul mark par assuré et par an, le revenu moyen des médecins des caisses allemands s'établissant autour de 9000 marks par ans.[1270] Notons qu'il est difficile d'établir une corrélation évidente entre contrôle des tarifs et baisse de la rémunération des médecins ; une étude spécifique sur ce point serait nécessaire. Encore une fois, ces revendications sont proches de celles du corps médical français, bien qu'en France, la question de la rémunération semble évoquée moins ouvertement.

Liek en arrive au quatrième point et affirme que le fonctionnement de l'assurance maladie, à l'époque, en Allemagne, est trop coûteux.[1271] Il affirme que même dans la bourgeoisie, le budget alloué à la santé serait inférieur aux cotisations des assurés sociaux de la classe ouvrière[1272] ; la faute, selon lui, à un appareil bureaucratique surdimensionné et à des investissements hospitaliers exagérés : "*Dans les hôpitaux récemment construits, on peut trop souvent reprocher un luxe impardonnable, puisque c'est dans la poche d'ouvriers chichement payés, et à une*

1265 Ibid., p. 41.
1266 Ibid., p. 46.
1267 Ibid., p. 49.
1268 Idem.
1269 Durant les années 1910 et 1920, en Allemagne, grâce à l'action syndicale, la rémunération à l'acte s'étend mais continue à coexister avec une rémunération au forfait. Voir : Hassenteufel, Patrick ; Davesne, Alban, 2013, op. cit. p. 25.
1270 Liek, Erwin, 1929, op. cit., p. 50. D'autres sources, citées d'ailleurs par Liek, donnent des chiffres différents. Le Dr Otto Klein donne un chiffre de 13 735 marks sans indiquer s'il s'agit d'un revenu brut ou net. Liek donne les chiffres en net.
1271 Ibid., p. 52.
1272 Idem. Cela peut sembler logique si l'on considère que les classes sociales élevées sont exposées à un risque moindre d'accident ou de maladie.

période de gène économique, qu'on va dépenser cet argent."[1273] S'ajouterait à ça une montagne de paperasse, le Dr Liek évoquant "*l'immense tas de papier, écrit et imprimé, dont la pluie s'abat chaque jour sur l'infortuné médecin des caisses*"[1274], source de dépenses inutiles. Cet argument est moins développé par le corps médical français qui, à quelques exceptions près dans ses rangs, affirme vouloir se limiter à l'étude des questions dites "techniques".

En cinquième point, Liek affirme qu'il "*est inadmissible [...] d'attribuer à l'assurance maladie l'amélioration de la santé publique, la réduction de la mortalité, l'augmentation des chances de vie.*"[1275] Il argumente que dans les pays sans assurances sociales (France et Etats-Unis), l'amélioration de la santé publique serait équivalente en raison d'améliorations de l'hygiène, des conditions de travail et de la situation politique après la guerre.[1276] Il en veut pour preuve l'échec de la lutte contre la tuberculose en Allemagne au lendemain de la guerre, malgré l'assurance maladie.[1277] Toutefois Liek ne cite aucun chiffre pour étayer ses affirmations. De plus, bien que ces deux phénomènes soient concomitants, il y est difficile d'y voir un lien de cause a effet évident. Sur ce point également, une étude spécifique pourrait être menée.

Enfin, Liek en arrive au sixième méfait pour les assurés : "*L'assurance-maladie ne détermine pas uniquement la mollesse corporelle, mais encore la dégénérescence morale.*"[1278] Cela rejoint les abus évoqués au point numéro 2. C'est ainsi qu'il précise sa pensée :

> "*Que voit-on ? Des êtres simples, exerçant leur activité ou passant le soir de leur existence dans le calme, sans faire attention aux petites cicatrices de la vie ou de la vieillesse, se précipitent désormais chez le médecin, car voici : ils sont assurés maintenant, on a des loisirs et c'est la caisse qui paiera. Et où donc trouvera-t-on aujourd'hui des médecins refusant ces malades profiteurs ?*"[1279]

Cela suggère, en dehors de l'abus en lui-même, que l'assurance maladie mettrait le malade dans une position de force par rapport au médecin, en ce qui concerne des demandes qualifiées d'abusives ou immorales. Selon Erwin Liek, certains patients profiteraient des assurances maladies avec le concours des médecins, "contraints" par la libre concurrence induite par le libre choix. On peut imaginer que cela constitue une atteinte à l'indépendance du corps médical au même titre que celles provenant de l'Etat ou des institutions de prévoyance.

1273 Ibid., p. 54.
1274 Idem.
1275 Ibid., p. 56.
1276 Ibid., pp. 56 - 57.
1277 Ibid., p. 57.
1278 Ibid., pp. 57 - 58.
1279 Ibid., p. 58.

Bien que l'on ne puisse nier que les méfaits précédemment évoqués puissent avoir un impact sur les assurés, il semble en être de même pour les médecins qui voient leurs libertés réduites. Comme le suggère Henri Hatzfeld pour les médecins français, Liek ne cherche-t-il pas, sous couvert de défendre les patients, à défendre des intérêts propres au corps médical ?

12.3.1.2.2.3. Les méfaits pour les médecins

Il aborde ensuite ce qu'il considère comme des méfaits pour les médecins. Ils seraient également au nombre de six que nous allons aborder successivement.

Le premier méfait est que les jeunes médecins, en manque de clientèle, accapareraient celle des caisses, "tels des lions, des Kassenlöwen". Ce ne serait pas un inconvénient majeur si ces médecins, afin de préserver une clientèle encore fragile, n'établissaient nombre de certificats de complaisance. Liek donne l'exemple suivant : "*Un propriétaire me raconte les faits suivants. Dernièrement, il va à sa ferme et voit un ouvrier de 19 ans, en train de maltraiter un cheval et cela sans motif. Il le congédie. Dans la soirée du même jour, ce jeune homme lui exhibe avec orgueil son bulletin de la caisse, dans lequel un médecin du voisinage a certifié qu'il y avait maladie et incapacité de travail.*"[1280] Bien qu'il ne se base que sur un exemple rapporté, Liek suggère que cette pratique était à l'époque largement répandue en Allemagne.[1281]

Le second méfait concerne la médecine de masse : "*Soigner une masse de malades, c'est être nécessairement amené à un travail fait en série et bâclé.*"[1282] Cela serait encore aggravé par la "paperasse administrative" qui prendrait, selon l'auteur, un temps considérable sur la médecine clinique[1283], argument d'ailleurs souvent repris de nos jour par les médecins français. Qui plus est, le nombre de recours aux médecins serait accru par des motifs de consultation abusifs, induits par l'assurance maladie. En ce sens, et abstraction faite de certains enjeux non avoués, Liek pourrait faire office de précurseur en ce qui concerne la maîtrise des dépenses de santé, sujet qui ne sera abordé par le gouvernement Allemand qu'au milieu des années 1970.[1284] Pour Liek, la qualité des soins prodigués dépendrait, en plus, du mode de rémunération du médecin : paiement forfaitaire ou paiement à l'acte.[1285] Il ne précise toutefois pas lequel induirait les meilleurs soins mais, en analysant l'argumentaire qu'il développe, il parait logique que sa préférence va au second. Il

1280 Ibid., p. 59.
1281 Idem.
1282 Idem.
1283 Idem.
1284 Pour une étude des stratégies de maîtrise des dépenses de santé en France et en Allemagne, et l'implication du corps médical, voir : Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., pp. 297 - 315.
1285 Liek, Erwin, 1929, op. cit., p. 60.

ajoute que le libre choix amplifierait le phénomène[1286] mais ne donne pas d'argument explicatif. Peut-être faut-il y voir un lien avec la concurrence néfaste entre les médecins dénoncée par Liek dans son chapitre consacré aux méfaits pour les assurés. Enfin, il explique que la médecine de masse et le revenu des médecins seraient liés :

> "*Dans les pages précédentes j'ai parlé du revenu moyen du médecin des caisses en Allemagne, 6000 marks environ par an, frais généraux déduits. Je le répète, ce n'est pas le montant peu élevé de ce revenu qu'il faut critiquer. Car en fin de compte, on a voulu devenir médecin pour agir, pour aider son prochain quand il est malade et non pour gagner de l'argent. Pour beaucoup d'entre nous, et ce ne sont pas les plus mauvais, les honoraires constituent le côté désagréable de la profession : Ce qu'il faut critiquer, c'est la façon dont le médecin des caisses doit s'y prendre pour ramasser ce revenu, c'est-à-dire au moyen de la vitesse dans le travail, de l'entretien de la maladie, des excès thérapeutiques.*"[1287]

Que le médecin soit payé au nombre de patients (somme versée pour un patient par an quelque soit le nombre de consultations) ou au nombre d'actes, il doit augmenter sa quantité de travail, donc le nombre de patients à voir, pour augmenter son revenu. Selon Liek, il en résulte un travail bâclé. Mais c'est précisément, le montant de la rémunération rattachée à chaque patient ou à chaque acte, qui détermine la quantité de travail à accomplir pour atteindre un certain revenu. Si les médecins se désintéressaient totalement de la question de leurs revenus, il n'y aurait pas de risque de multiplier abusivement les consultations, ni d'intérêt à préserver une clientèle étendue, d'autant qu'avec le libre choix, tout patient aurait trouvé un médecin moins surchargé de travail pour les soigner. Il y a fort à penser que Liek essaye ici de préserver la moralité du corps médical, dont certains estiment qu'elle pourrait être ébranlée par des considérations pécuniaires.

Puis il aborde un autre inconvénient de l'assurance maladie. Les rapports qui doivent naturellement exister entre médecins et malades et qui sont selon lui les seuls possibles seraient gênés dans leur établissement et dirigés dans un mauvais sens.[1288] Ce méfait, reconnu par les médecins français comme une atteinte à l'entente directe et à la médecine libérale, serait, pour l'auteur, en lien avec les abus des patients. Ces abus induiraient un climat de suspicion dans la consultation, le médecin, en plus de devoir établir un diagnostic, devant distinguer les "simulateurs", des malades "réels". Cette tâche, selon Liek, serait rendue difficile par le libre choix qui incite certains d'entre eux à la complaisance, et par les limites de l'examen clinique souvent insuffisamment discriminant.[1289] C'est une considération qui diffère sensiblement de celle des syndicats médicaux français qui conçoivent - semble-t-il -

1286 Idem.
1287 Ibid., p. 61.
1288 Ibid., p. 62.
1289 Ibid., p. 63.

d'avantage l'entente directe au travers de la modalité de paiement des honoraires, qu'au travers du lien de confiance entre le médecin et le patient (même si ce second argument est également évoqué).

Autre inconvénient, l'assurance maladie provoquerait une surcharge de travail qui ne laisserait pas de temps au médecin pour parfaire et actualiser ses connaissances, et provoquerait son épuisement.[1290] Encore une fois, Erwin Liek, accuse les lourdes tâches administratives de tous les maux : altération de la santé des médecins et mauvaise qualité des soins.[1291]

L'auteur en arrive au cinquième point et affirme que les assurances sociales conduiraient au charlatanisme : "*La clientèle des caisses facilite sans doute le fondement de leur existence aux débutants en médecine. Les grosses recettes des médecins cumulards (Kassenlöwen), gigantesquement accrues par la renommée, constituent un appât puissant pour beaucoup de gens qui ne sont pas qualifiés pour étudier la médecine.*"[1292] Il admet que le forfait serait une solution pour éviter que les revenus de certains médecins ne croissent démesurément, mais il ajoute : "*Dans une épidémie de grippe, par exemple, un médecin pourra travailler jour et nuit, se ruiner la santé, il n'en gagnera pas un centime de plus [...].*"[1293] Plus loin, il écrit : "*En fait, je ne connais aucun métier, qui donne une si faible compensation pour la somme énorme de travail, de soucis, de responsabilités qu'il exige et l'obligation d'être constamment, le jour et la nuit, prêt à travailler.*"[1294] Ces affirmations paraissent pour le moins paradoxales quand on se rappelle qu'au point 2, Liek prétendait que les médecins se désintéressaient des honoraires.

Enfin, le Dr Liek aborde le dernier "méfait" pour les médecins, résumant probablement tous les autres, et affirme que "*la pratique de la médecine dans les caisses a très rapidement prolétarisé le corps médical*"[1295]. Les raisons seraient multiples : revenus des médecins trop bas, perte d'indépendance, dévalorisation de l'activité médicale et manque de considération.[1296] Beaucoup de médecins français ont avancé le même argument, persuadés que la médecine des caisses conduirait au salariat ou à la "fonctionnarisation" du corps médical. Liek conclut : "*On ne considère plus le médecin comme un conseiller savant et comme un sauveur, [...] on le regarde et le traite simplement comme un ouvrier preneur de travail.*"[1297] D'où la remise en cause de la position sociale du médecin, également évoquée en France.

1290 Ibid., p. 64.
1291 Ibid., pp. 64 - 66.
1292 Ibid., p. 66.
1293 Idem.
1294 Idem.
1295 Ibid., p. 67.
1296 Ibid., pp. 67 - 70.
1297 Ibid., p. 68.

Puis Liek aborde, dans les pages suivantes[1298], les méfaits des assurances accident, invalidité, chômage et des soins aux blessés de guerre. Dans la mesure où ils ne sont pas essentiels à notre travail et pour ne pas surcharger notre texte, nous ne les aborderons pas. Nous nous contenterons de citer quelques phrases de Liek, teintée de l'eugénisme et de l'holisme qui caractérise sa philosophie et qui viennent conclure la partie de son livre consacrée au méfaits des assurances sociales :

> "*Elles [les assurances sociales, NDLR] sont utiles pour un individu, funestes pour tout un peuple. On va bien vite arriver à une situation dans laquelle une petite partie seulement de la population allemande travaillera et produira mais où la plus grande partie sera composée de gens touchant des rentes. [...]*
>
> *Je considère les caisses-maladies récemment créées pour classes moyennes et pour fonctionnaires comme un malheur national pour l'Allemagne, et malgré l'apparence bizarre de ma déclaration, comme une grave menace pour la santé de classes sociales bien portantes jusqu'ici. [...] On pourrait presque dire que le fait d'être malade devient leur métier. [...]*
>
> *On commence par enlever aux gens, par une assistance excessive, toute volonté de rester bien portant, d'avoir l'esprit viril, de travailler, et l'on expose ensuite brillamment les principes à observer et les obligations à remplir pour arriver à faire avec ces êtres affaiblis dans leur volonté et déshabitués du travail des hommes énergiques et travaillant dans la joie.*"[1299]

Le Dr Liek semble vouloir faire un détour par les abus des patients, engendrés selon lui par les assurances sociales, pour expliquer les méfaits pour les médecins. Cela est également souligné par le fait que les arguments développés par l'auteur pour étayer les reproches qu'il adresse aux assurances sont, pour les médecins et les assurés, en miroir l'un de l'autre : le méfait pour le patient en engendre un pour le médecin et *vice-versa*. En Allemagne comme en France, les médecins ne semblent assumer que partiellement la défense d'intérêts parfois contradictoires avec ceux des assurés.

12.3.1.2.3. Les moyens de remédier à ces méfaits selon le Dr Liek

Avant de proposer des solutions aux conséquences perçues comme funestes des assurances sociales en Allemagne, Erwin Liek en rappelle les principaux méfaits au travers de citations empruntées à quelques médecins allemands de renom. Il cite tout d'abord le Dr Hellmuth von Steudel[1300], dans "*La pratique médicale*"[1301] publié en 1853 :

1298 Ibid., pp. 70 - 85.

1299 Ibid., pp. 93 - 98. Nous avons repris les phrases mises en italique dans la traduction français ; il en va de même dans la version originale en allemand, ce qui permet d'affirmer que c'est bien le Dr Liek lui-même qui insiste sur ces passages : Liek, Erwin, 1927, op. cit., pp. 37 - 41.

1300 Physiologiste et chirurgien allemand, fils du physiologiste Ernst Gottlieb von Steudel.

> "*La médecine est un capital qui s'accroît constamment lui-même. Il y avait peu de médecins autrefois qui pouvaient en vivre ; aujourd'hui que la médecine a été amenée si haut, des légions de médecins trouvent leur pain à soigner des malades. Que l'on continue vaillamment à se lancer davantage dans le traitement de fond continuera de grandir et lorsque l'art divin sera monté au plus haut, alors, il faut l'espérer du moins, le monde entier sera un hôpital dans lequel le médecin sera le seul maître circulant partout et où le réfectoire commun sera la pharmacie.*"[1302]

Puis il reprend une citation du Dr Gustav von Bunge[1303], dans son ouvrage "*Pour résoudre la question sociale*"[1304] daté de 1920[1305] : "*Le but vers lequel nous tendons c'est d'avoir la première moitié du peuple couchée dans les lits de malades et la seconde moitié occupée à soigner la première. Quant à celui qui prendra soin de ces infirmiers, les dieux eux-mêmes l'ignorent.*"[1306] Enfin, il cite le Dr Krauss[1307], dans un article[1308] de 1926 : "*L'assistance se développe chaque jour davantage jusqu'à ce qu'on n'ait plus autre chose en Allemagne que des assistés et des assistants.*"[1309]

A en croire Erwin Liek, l'augmentation de l'offre de soins et la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie engendrerait une consommation abusive de soins, néfaste pour le patient, le médecin et l'ensemble de la société. De plus, selon lui, cette surconsommation entretiendrait les maladies et conduirait à des arrêts de travail de complaisance, raison pour laquelle il estime que l'assurance maladie en Allemagne a eu le résultat inverse de celui escompté.

Il envisage deux solutions à ces "méfaits"[1310] : soit abroger les assurances sociales, soit modifier leur fonctionnement radicalement. Il exclut d'emblée la première solution qui ne lui parait pas envisageable, pour plusieurs raisons[1311]. La première est que l'assurance maladie est tellement entrée dans les habitudes des

---

1301 Steudel, Hellmuth, *Die medizinische Praxis, ihre Illusionen und ihr Streben zur Gewißheit*, Stuttgart : Karl Göepel Verlag, 1853, 157 p. Accessible en ligne : <https://books.google.fr/books?id=5dRZAAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>.

1302 Liek Erwin, 1929, op. cit., p. 104.

1303 Physiologiste allemande, né le 19 janvier 1844 à Dorpat et mort le 5 novembre 1920 à Bâle, ayant principalement travaillé dans le domaine de la nutrition cher à Liek. (Source : Bibliothèque Nationale de France, *Gustav von Bunge*. En ligne. <http://data.bnf.fr/13164501/gustav_von_bunge/>. Consulté le 20 août 2015.)

1304 Von Bunge, Gustav, *Zur Lösung der sozialen Frage*, Basel : Reinhardt, 1919, 15 p.

1305 Selon nos sources, il s'agirait plutôt de 1919.

1306 Liek Erwin, 1929, op. cit., pp. 104 - 105.

1307 Hans Krauss (1905 - 1995), médecin allemand ayant émigré aux USA en 1938. Père de la médecine du sport, il a notamment travaillé dans le domaine de la médecin physique et rééducative.

1308 Krauss, Hans, *Arzt und Bodenreform*, in *Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 16, 1926.

1309 Liek Erwin, 1929, op. cit., p. 105.

1310 Ibid., p. 111.

1311 Ibid., pp. 111 - 112.

citoyens qu'on ne pourrait la supprimer "*sans provoquer une guerre civile*"[1312]. Elle serait également devenue un puissant outils politique. De plus, toujours selon Liek, on ne peut pas nier certains avantages de ce système, notamment car il fait appel à des valeurs d'entraide fondamentales : "*Il reste l'idée fondamentale c'est-à-dire l'idée de l'aide mutuelle qui est si haute et si noble qu'on ne saurait plus rejeter l'assistance sociale hors des cadres d'un pays civilisé.*"[1313] Il ajoute qu'il est légitime de vouloir protéger la classe ouvrière qui est la plus exposée aux risques sociaux.

Reste donc la seconde solution : une transformation radicale. Avant d'aborder les modalités de cette transformation, le Dr Liek rappelle les enjeux fondamentaux des assurances sociales dont il faudra tenir compte. En premier lieu, il souligne que deux parties s'opposent : les caisses qui payent et contrôlent les prestations de soins et les médecins qui produisent les soins. Les premières ont un intérêt évident à limiter la surconsommation et les dépenses engendrées, alors que ce peut être une source de rémunération pour les seconds. Pour Liek, les caisses peuvent lutter contre ce phénomène en désignant des médecins fonctionnaires qu'elles peuvent contrôler.[1314] Elles bénéficient de plus de la protection de l'Etat, qui se porte garant du bon fonctionnement de l'assurance, et du soutient de l'opinion publique très favorable aux caisses.[1315] A l'opposé, les médecins bénéficient d'une bonne organisation syndicale par la "ligue Hartmann" et la "Fédération des unions médicales", et sont en position de force de par leur situation centrale dans le fonctionnement de l'assurance maladie.[1316] Pour autant, ils ne feraient pas appel à la grève pour des raisons déontologiques.[1317] Ils bénéficient toutefois d'une protection de l'Etat plus limitée qu'en France car, selon Liek, ils n'auraient pas été suffisamment consultés lors de l'élaboration des assurances sociales.[1318]

En Allemagne, comme en France, le syndicalisme médical s'est développé atour des assurances sociales et, en l'occurrence, autour de l'assurance maladie pour les ouvriers de 1883[1319]. Mais, à en croire Patrick Hassenteufel, la représentation syndicale a été plus difficile à obtenir en Allemagne qu'en France : des chambres consultatives de médecins pour les questions sociales sont crées dans les années 1860, et n'existent que dans trois régions et trois villes en 1914.[1320] Dans les années 1920, d'autres chambres seront créées, n'ayant qu'un rôle dans la prise de position sur les questions professionnelles et la coopération aux politiques

1312 Ibid., p. 112.
1313 Idem.
1314 Ibid., p. 115.
1315 Ibid., p. 116.
1316 Ibid., p. 118.
1317 Il semble en être de même en France mais les écrits de l'USMF et de la CSMF suggèrent que la grève est un moyen de lutte trop proche de ceux de la classe ouvrière. Les médecins français rechigneraient donc à employer ce moyen de lutte afin de ne pas altérer leur statut social.
1318 Idem.
1319 Hassenteufel, Patrick ; Davesne, Alban, 2013, op. cit., p. 24. Pour plus de détails, voir : ibid., pp. 24 - 27.
1320 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 50.

de santé publique, mais disposant toutefois de quelques compétences disciplinaires.[1321] Ce ne sera qu'avec la prise du pouvoir par les nationaux-socialistes suite à la nomination d'Adolf Hitler comme chancelier le 30 janvier 1933, que sera pleinement satisfaite la revendication d'une représentation professionnelle.[1322]

Le Dr Liek ajoute que les médecins seraient trop nombreux, raison pour laquelle les jeunes médecins, en mal de clientèle, se jetteraient sur la médecine des caisses devenant ainsi dépendants de ces dernières.[1323] Enfin il suggère certains moyens pour limiter les abus de la part des assurés : laisser une partie du coût des soins à la charge de l'assuré, créer une prime pour les assurés rarement malades.[1324] Mais nous remarquons immédiatement que cela remettrait en cause certains principes fondateurs des assurances sociales, notamment l'accès aux soins des plus vulnérables, problème toujours d'actualité des décennies plus tard.

Puis l'auteur rappelle deux points à ne pas perdre de vue pour qui voudrait améliorer l'assurance maladie : le libre choix et le rôle incontournable du médecin.

Concernant le libre choix, Liek le conçoit de façon bien plus large que les médecins français :

> "*Relativement aux assurances sociales le but ne peut être que celui-ci : Faire en sorte que les assurances sociales soient superflues. Les millions d'assurés, c'est-à-dire de concitoyens placés sous une très sévère tutelle doivent redevenir de libres citoyens capables d'assumer eux-mêmes la charge des soins nécessités par la maladie, l'accident, la vieillesse. L'expression - libre choix du médecin - doit reconquérir toute sa valeur originelle et impérissable. L'homme libre doit pouvoir aller chez un médecin libre sans billet de la caisse et sans bulletin de maladie.*" [1325]

Pour lui, cette idée recouvre la liberté du médecin comme celle de l'assuré, en d'autres termes, elle se rapproche de ce que les syndicats français appellent l'entente directe.

Le second point semble encore plus important. Voici ce qu'en dit l'auteur :

> "*Dans l'exécution des assurances sociales le rôle le plus important échoit au médecin. [...] Le médecin décide de la capacité de travail, fixe le degré du dommage consécutif à un accident, détermine s'il y a ou non invalidité. C'est à lui qu'est surtout remis le pouvoir de faire avec les assurances du bien ou du mal ou, pour parler plus exactement, de réduire au minimum les dommages de l'assurance, dommages inévitables qui ne peuvent pas être écartés totalement. Après ce que je viens de dire je n'ai pas besoin de donner plus de détails.*
>
> *A côté de la solidité dans le savoir et le pouvoir, tout médecin qui s'occupe d'assurances sociales doit avoir d'autres qualités et à un très haut*

1321 Ibid., p. 51.
1322 Ibid., pp. 51 - 52.
1323 Liek, Erwin, 1929, op. cit., p. 119 - 120.
1324 Ibid., p. 130.
1325 Ibid., p. 134.

degré : la force de caractère, le sentiment de la responsabilité, la connaissance des hommes, la joie du travail, l'indépendance, le courage. Et maintenant se pose la question décisive : le médecin de caisse allemand, tel que je l'ai décrit précédemment, correspond-il à ce portrait du médecin éducateur ? La réponse est : non. Il ne faut point voir là une critique adressée isolément au médecin, mais bien les plus vives critiques du système actuel qui expose tout uniment au danger de mourir de faim le médecin pourvu des qualités énumérées ci-dessus.

Si l'on veut réellement améliorer la forme actuelle des assurances sociales on aura, comme première tâche, celle de modifier dans son principe la position du médecin dans la législation sociale."[1326]

En somme, le système d'assurance maladie en vigueur en Allemagne ne permettrait pas aux médecins de caisse - figure identitaire dominante[1327] - d'endiguer les abus - d'eux-mêmes et des assurés - sans subir de lourdes pertes financières. Finalement, l'auteur désigne comme responsable de ces abus le système d'assurance, et non pas les assurés ou les médecins qui n'en seraient que les victimes. Il en déduit logiquement que c'est le système qui doit être modifié.

Dans ce but, il envisage trois possibilités[1328] : s'appuyer sur la prochaine loi du Reich allemand sur la médecine, sur les commissions de santé comme au Royaume-Uni ou recourir à l'étatisation des médecins des caisses. Pour Liek, leur point commun est qu'elles renoncent à la liberté du médecin.[1329]

Le projet de loi du Reich sur la médecine aurait l'avantage d'uniformiser la réglementation de l'assurance maladie et les modalités de paiement des médecins, et de préserver le principe du libre choix.[1330] Mais, selon l'auteur, non seulement cela ne changerait rien "*à un système faux dans son principe*", mais provoquerait une "*surorganisation*" renforçant la bureaucratie médicale.[1331]

La création de commissions de santé sur le modèle anglais provoquerait un contrôle des médecins par celles-ci.[1332] Ces commissions relevant du Ministère de la Santé publique, cela provoquerait, selon Liek, "*une étatisation cachée ou, si l'on préfère, une étatisation collective*"[1333]. De plus, elles contrôleraient de façon drastique toute l'activité des médecins : chaque cas de maladie, chaque visite à domicile, chaque modification importante de l'état de santé du malade.[1334] La rémunération

1326 Ibid., pp. 137 - 138.
1327 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 14.
1328 Liek, Erwin, 1929, op. cit., p. 141.
1329 Idem.
1330 Ibid., pp. 141 - 142.
1331 Ibid., p. 142.
1332 Ibid., p. 143. Les commissions de santé sont mises en place par le *Medical Act* de 1858 : The National Archives - legislation.gov.uk, *Medical Act 1858*. En ligne. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Vict/21-22/90/enacted>. Consulté le 24 août 2015.
1333 Liek, Erwin, 1929, op. cit., p. 144.
1334 Ibid., p. 145. Le Dr Liek se base ici sur l'article 8 de la loi sur l'assurance maladie en vigueur à l'époque en Grande Bretagne. (Ibid., p. 144.)

des médecins se ferait par un système de “points” ; faisant persister “*un point névralgique, au système faux, qui veut dire exagération des soins médicaux, entretien de la maladie, exercice massif de la médecine*”[1335].

12.3.1.2.4. L’étatisation du corps médical

Les deux premières propositions ayant été écartées par l’auteur, il ne demeure plus que l’étatisation des médecins des caisses. Et c’est la solution finalement retenue par Erwin Liek. Il estime que les médecins devront devenir des fonctionnaires de l’Etat et non des salariés des caisses[1336], afin de préserver leur liberté :

> “*Je suis partisan de l’étatisation des médecins des caisses comme étant un moindre mal par rapport à l’état actuel et comme étant aussi la dernière chance de salut pour la liberté de la profession médicale. Le résultat auquel j’aspire, et qui est conforme à toute ma manière de voir, c’est le médecin libre.*”[1337]

Pour l’auteur, il vaut donc mieux que les médecins dépendent directement de l’Etat que des caisses. En effet, et c’est une idée reprise en France, seul l’Etat, au travers de la loi, est en mesure d’apporter une protection suffisante au corps médical et d’assurer, au besoin, sa liberté. En Allemagne tout comme en France, les médecins doivent donc trouver un juste équilibre entre indépendance de l’Etat et protection de celui-ci. En ce sens, la solution de Liek apparaît extrême, mais selon lui d’autres médecins et parlementaires la partagent[1338].

12.3.1.2.4.1 Les avantages de l’étatisation pour les médecins

L’auteur détaille en premier lieu les avantages d’une telle mesure pour les médecins. Ils sont au nombre de sept.

En premier lieu, il affirme que *l’*intérêt du médecin ne réside plus dans la réceptivité à la maladie mais dans l’état de santé de la région où il exerce[1339]. En effet, selon lui, la bonne santé de la population engendrerait des pertes financières pour les médecins, sauf si ces derniers sont fonctionnaires.[1340] Dans ce cas, ils n’auraient plus d’intérêts pécuniaires à maintenir l’état de maladie.

Deuxièmement, les soucis que font naître le chômage, la maladie ou la mort de celui qui a la charge de nourrir sa famille disparaîtraient ou seraient pour le moins

1335 Ibid., p. 145.
1336 Ibid., p. 146.
1337 Ibid., p. 148.
1338 Ibid., p. 147.
1339 Ibid., p. 150.
1340 Idem.

très atténués"[1341]. Peu d'explications sont données sur ce point, mais Liek estime probablement que le médecin fonctionnaire n'aura pas d'intérêts financiers à multiplier les consultations dont le coût pèse sur le malade et sa famille.[1342]

Troisièmement, le médecin aura d'avantage de temps pour se reposer et améliorer ses connaissances.[1343] Sa charge de travail restera raisonnable par la non multiplication des consultations.

En quatrième point, Liek estime que "*le médecin travaillera avec allégresse*" car il retrouvera un rôle central dans le système de santé.[1344] Il rappelle que la plupart des "pathologies sérieuses" tombent dans les mains des spécialistes, sans compter les vaccinations, la prévention et les rapports d'expertise d'accidents effectués par les "médecins de cercles"[1345]. Il espère que, par la fonctionnarisation des médecins, ces missions seront à nouveau attribuées aux généralistes, notamment en ce qui concerne les expertises. C'est ainsi qu'il développe l'argument suivant : "*La décision à rendre sur la capacité ou l'incapacité de travail d'un homme n'est-elle donc pas une expertise immédiate plus difficile et engageant la responsabilité plus que la fixation de la rente chez un blessé par accidents.*"[1346] Cela amène par ailleurs à se questionner sur les modalités de la fonctionnarisation souhaitée par Liek : doit-elle concerner tous les médecins ou uniquement les médecins traitants généralistes dont il sous-entend qu'ils sont au centre du problème ? Dans le second cas, en tant que spécialiste, le Dr Liek ne serait donc pas concerné et cela pourrait expliquer - au moins partiellement - le parti qu'il prend. L'auteur ajoute que le médecin traitant fonctionnaire serait également le mieux placé pour s'occuper de "*l'hygiène de la race*" et des consultations en vue du mariage : "*Il n'y a donc pas à être surpris si beaucoup de maîtres dans les questions d'hygiène des races [...] se sont depuis longtemps déclarés partisans de l'étatisation des médecins.*"[1347]

Puis il aborde un autre avantage : la considération pour la profession médicale s'améliorerait.[1348] D'après le Dr Liek, elle serait tombée très bas avec la médecine des caisses, pour quatre raisons : l'exercice de masse, la dilapidation du travail dans les hôpitaux au profit des gens aisés, la "*profanation de l'art de guérir*" par une mauvaise éducation médicale du peuple, et une augmentation de l'exercice illégal de la médecine.[1349]

L'auteur en arrive ensuite au sixième point qui concerne la concurrence entre les médecins : "*La concurrence acharnée des médecins entre eux avec ses*

1341 Idem.
1342 Ibid., pp. 150 - 151.
1343 Ibid., p. 151.
1344 Ibid., pp. 151 - 155.
1345 Le médecin de cercle était, en Allemagne, jusqu'en 1935, un médecin attaché à un district et chargé de la prévention et des questions d'hygiène.
1346 Ibid., p. 152.
1347 Ibid., p. 154. L'auteur ne cite aucune source pour étayer son affirmation.
1348 Ibid., p. 155.
1349 Ibid., pp. 155 - 156.

multiples et désagréables manifestations accessoires, parmi lesquelles l'entretien de la maladie me paraît être la plus mauvaise et la plus néfaste, prendra fin ou sera tout au moins notablement atténuée."[1350] Il argumente que le nombre de postes sera limité, impliquant un *numerus clausus* dans les études médicales et que les étudiants en médecine ne seront plus motivés par l'argent. Il précise également que le fonctionnariat des médecins devrait être volontaire, et que les médecins préférant l'exercice libéral prendront alors le risque de "*mourir de faim*"[1351]. En réalité, Liek exclu la concurrence entre les médecins fonctionnaires qui ne dépendent pas de l'activité, mais renforce d'autant la concurrence entre eux et les médecins libéraux au risque de causer la perte de ces derniers faute de patientèle suffisante[1352].

Enfin, dernier avantage, le corps médical n'aura plus à négocier avec les caisses, ce qui évitera des "*polémiques ininterrompues*"[1353]. Il faut sans doute y voir un lien avec la liberté du médecin, voulue par Liek et qu'il semble concevoir essentiellement par rapport au caisses. Cela contraste avec l'attitude du corps médical français, qui voit une atteinte à sa liberté tout autant dans la tutelle de l'Etat que dans le contrôle des caisses (qui sont tous deux liés).

12.3.1.2.4.2 Les inconvénients de l'étatisation pour les médecins

L'auteur en vient ensuite aux inconvénients de l'étatisation pour les médecins. Il sont au nombre de six.

En premier lieu, la liberté de la profession sera en partie perdue, mais ce serait un moindre mal dans la mesure où les médecins bénéficieraient de la protection de l'Etat et d'une plus grande indépendance vis-à-vis des caisses.[1354]

Deuxièmement, la bureaucratie va augmenter et, avec elle, les tâches administratives.[1355] Toutefois, Liek estime que la situation pourrait difficilement être pire qu'elle ne l'est déjà.

Troisième inconvénient : le recrutement des médecins ne se fera plus selon leurs qualités médicales, mais peut-être selon d'autres critères dont leurs opinions politiques.[1356] Il faudra écrire des C.V., passer des entretiens d'embauche, autant de caractéristiques du salariat.

Quatrième inconvénient : "*les prestations médicales seront exécutées avec négligence.*"[1357] En effet, comme l'explique l'auteur, le revenu du médecin n'étant

1350 Ibid., p. 156.
1351 Idem.
1352 Il ne semble toutefois pas évident que l'existence de médecins fonctionnaires cause la disparition des médecins libéraux, les deux pouvant coexister. Dans ce cas, une rude concurrence serait à envisagée, mais Liek n'en dit mot.
1353 Ibid., p. 157.
1354 Idem.
1355 Ibid., pp. 157 - 158.
1356 Ibid., pp. 159 - 163.
1357 Ibid., p. 163

plus dépendant du nombre de patients qu'il soigne, donc de la qualité des soins qu'il prodigue, cela pourrait entraîner une certaine négligence.[1358] Il souligne, comme facteur aggravant, les salaires trop bas des médecins.[1359]

Puis, en guise de cinquième inconvénient, Erwin Liek suggère que le corps médical, si fermé autrefois, se divisera en deux camps : les fonctionnaires et les médecins libres.[1360] Selon lui, les fonctionnaires, médecins des caisses, ne tarderaient pas à avoir la réputation de médecins de seconde classe.[1361] Cela pourrait paraître paradoxal avec l'avantage qu'il développait précédemment, à savoir une plus grande reconnaissance du travail médical. Mais, pour lui, l'inconvénient décrit ici ne tient pas, car cette division existerait déjà :

> "*En haut trônent les dieux, les grands médecins qui n'observent rien des misères de la lutte pour l'existence et qui peuvent à côté de leurs recherches savantes organiser leur clientèle absolument comme il leur plaît. Ensuite la classe moyenne des médecins autrefois florissante, exempte de soucis, bourgeoisie aisée en train de tomber sans espoir de pouvoir être sauvée. Et enfin le grand prolétariat médical qui bataille contre les caisses. Et comme quatrième groupe les médecins fonctionnaires, médecins de cercles, etc. dont l'activité s'exerce surtout extérieurement et latéralement à celle des médecins de guérison.*"[1362]

L'étatisation ne devrait pas, selon Erwin Liek, aggraver cette situation. Il transparaît par ailleurs, dans cette courte citation, son attachement à la position sociale du médecin, dépendant peut-être en partie de la classe sociale qu'il soigne.

Enfin, sixième objection : l'étatisation constituera un danger pour l'indépendance scientifique des médecins.[1363] L'auteur se contente d'exemples pour étayer son affirmation, suggérant que l'Etat pourrait, notamment en temps de guerre, avoir intérêt à remettre en cause la science médicale.[1364]

12.3.1.2.4.3. Les avantages et les inconvénients de l'étatisation pour les assurés

Nous en venons aux avantages pour les assurés. Le Dr Liek n'en mentionne que deux principaux et se veut beaucoup plus succinct que précédemment.

En premier lieu, en évitant la médecine de masse, l'étatisation permettrait de fournir des soins de meilleure qualité aux assurés.[1365]

1358 Ibid., pp. 163 - 165.
1359 Idem.
1360 Ibid., p. 165.
1361 Idem.
1362 Ibid., p. 166.
1363 Ibid., pp. 166 - 167.
1364 Idem.
1365 Ibid., p. 168.

Deuxièmement, l'entretient de la maladie irait en diminuant, le médecin fonctionnaire n'y trouvant plus d'intérêt[1366]. Pour Liek, cet avantage est le plus grand, raison pour laquelle il se veut plus explicite :

> "*Nous savons que, dans beaucoup de troubles fonctionnels du corps humain, c'est le médecin, c'est-à-dire la parole du médecin, qui va décider si le trouble évoluera du côté de la santé ou du côté de la maladie. [...] Le fonctionnaire de santé sera bien plutôt que l'actuel médecin de caisse porté à pousser celui qui vient chercher conseil dans une direction où le mal sera négligé c'est-à-dire dans la direction de la santé.*"[1367]

Nous abordons enfin les inconvénients pour les assurés développés par l'auteur. Comme précédemment, il en cite trois et ne rentre pas dans trop de détails.

Premièrement, le libre choix, n'existe plus : "*à sa place, celle de l'ami, du conseiller bienveillant, arrive le fonctionnaire glacial, le médecin d'arrondissement.*"[1368] L'auteur ose une comparaison avec les ecclésiastiques qui, après leur étatisation en Allemagne, n'étaient pas moins qu'auparavant les amis des pauvres et des opprimés.[1369] Par ailleurs, il rappelle son opposition au libre choix, selon lui source d'abus. Pour ces raisons, il estime que cette objection ne tient pas.

Puis il soulève un autre inconvénient potentiel : le médecin fonctionnaire pourrait être exagérément - voire injustement - sévère en ce qui concerne les incapacités de travail et les expertises.[1370] Mais, encore une fois, cet argument ne tiendrait pas : "*Quand on rendra une décision plus objective, par conséquent plus sévère, contre les fraudeurs et les paresseux entêtés cela ne servira pas seulement aux malades fictifs mais encore à la santé publique. L'expérience en matière d'assurance-accident avec les rapports des médecins fonctionnaires n'a pas été mauvaise bien au contraire [...].*"[1371] Comme précédemment, l'auteur semble rattacher beaucoup des méfaits des assurances sociales aux abus.

Enfin, troisième et dernier point, "*le médecin d'arrondissement*[1372] *aura bien plutôt le sentiment d'être le supérieur hiérarchique de ses malades que leur ami. Les relations de médecin à malade prendront un aspect militaire si l'on peut s'exprimer ainsi*"[1373]. Mais Liek semble défendre une vision paternaliste[1374] - répandue à l'époque

---

1366 Ibid., pp. 168 - 169. Probablement en raison de sa rémunération fixe, bien que Liek ne développe pas directement cet argument.
1367 Idem.
1368 Ibid., pp. 169 - 170.
1369 Ibid., p. 170.
1370 Ibid., pp. 170 - 172.
1371 Ibid., p. 171.
1372 Il faut comprendre ici "le médecin fonctionnaire".
1373 Ibid., p. 172.
1374 Il s'agit d'une vision de la médecine partagée par les médecins français au début du XXè siècle, qui n'évoluera que dans les années 1950. Voir notamment : Goffette, Jérôme ; Malzac, Perrine, *L'éthique clinique*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, p. 302.

- de la médecine, raison pour laquelle il ne semble pas voir d'inconvénient majeur dans le rapport hiérarchique entre le médecin et le patient.[1375]

D'une manière générale, il est difficile de ne pas voir dans ces inconvénients un lien avec l'entente directe défendue par les syndicats médicaux français. En effet, ils se rattachent au sentiment de confiance entre le malade et son médecin qui constitue le fondement de l'exercice libéral ainsi remis en cause.

12.3.1.2.5. La conclusion du Dr Liek[1376]

Selon l'auteur, il y aurait urgence à l'étatisation car la situation des médecins des caisses ne pourrait plus durer. Qui plus est, il n'y aurait, en Allemagne, presque plus de clientèle privée. Il en veut pour preuve le déclin de la clientèle des cliniques privées, Liek dirigeant d'ailleurs l'une d'elles à Dantzig. Le médecin traitant serait devenu un médecin des caisses ; le corps médical serait donc prêt, selon Liek, à franchir le cap de l'étatisation.

La socialisation ne pouvant être combattue malgré certains inconvénients majeurs, le corps médical devrait se résigner à accepter la tutelle mais, par la même occasion, la protection de l'Etat.

Liek aborde encore la question du nombre de médecins nécessaires.[1377] En effet, en limitant ce qu'il qualifie d'"abus", par la fonctionnarisation du corps médical, et en réduisant donc le nombre de consultations, le nombre de médecins nécessaire devrait décroître. Pour cette raison, les praticiens pourraient être en surnombre. Mais pour Erwin Liek, ce problème trouvera sa solution par la loi de l'offre et de la demande et par le *numerus clausus* des études médicales qui sera inévitablement mis en place.[1378] Cela l'amène à évoquer le coût de l'étatisation qu'il propose, dont il admet qu'il sera important, mais largement compensé par la réduction des soins jugés inutiles.[1379]

Selon Erwin Liek, il faudrait donc supprimer le système actuel de l'assurance maladie néfaste, pour le remplacer par un système totalement étatisé et obligatoire, financé par les cotisations des assurés et des patrons.[1380] Ces cotisations serviraient à payer le salaire des médecins. Le financement serait rendu possible par la baisse du coût des soins en raison de la régression de la "médecine de masse". Par ailleurs, seuls les citoyens ayant un revenu inférieur à un certain seuil devraient bénéficier de l'assurance afin de ne pas en faire "*une aumône indigne pour de nombreux milieux en Allemagne*"[1381].

1375 Liek, Erwin, 1929, op. cit., p. 172.
1376 Ibid., p. 173 - 207.
1377 Ibid., p. 189.
1378 Idem.
1379 Ibid., p. 190.
1380 Ibid., pp. 191 - 192.

Les prestations de l'assurance seraient maintenues, malgré des cotisations que Liek estime plus faibles, toujours par une compensation obtenue par la régression des soins qu'il qualifie abusifs et notamment des médicaments "inutilement" prescrits.[1382]

Enfin, Erwin Liek aborde la question du sort des caisses, devenues selon lui superflues avec le système qu'il propose.[1383] En effet, les cotisations seraient versées à l'Etat qui payerait un salaire aux médecins et les prestations aux assurés. Toutefois, exception faite de la rémunération des médecins, il est difficile de percevoir les raisons pour lesquelles les caisses deviendraient par la suite moins utiles. Toujours est-il que le Dr Liek ne s'en soucie guère et propose de les laisser livrées à leur sort, autrement dit de les laisser disparaître.

Finalement le Dr Liek explique qu'il voit l'étatisation comme une solution de secours transitoire, dans l'attente d'un meilleur système que celui des assurances sociales, nouveau système qu'il ne décrit d'ailleurs pas.[1384] Pour lui, la médecine sociale devrait être conçue comme un tout étatisé au sein d'une société unie formant un seul corps. Nous retrouvons ici la notion d'holisme attribuée à Liek par certains auteurs[1385] et qui s'inscrit dans l'eugénisme social en plein essor à l'époque. Le contexte des assurances sociales en Allemagne éclaire également sur la situation française, bien que les théories eugénistes semblent moins ouvertement abordées par les médecins français, du moins dans la source qui sert de base à notre travail, à savoir les archives de la CSMF. En effet, comme le suggère certains auteurs, la pensée eugénique, probablement partagée par Liek, doit être considérée comme un mouvement global qui alimenta pendant presqu'un siècle des débats politiques et des idéologies, dont les assurances sociales, dans tous les pays les plus développés.[1386]

12.3.2. L'accueil de l'ouvrage par le corps médical français

Après cette étude de l'ouvrage du Dr Liek, inutile de préciser qu'il fit l'effet d'un coup de tonnerre au sein du corps médical français lors de la publication de sa traduction en 1929. Nous allons à présent analyser l'accueil que lui réserva la CSMF.

1381 Ibid., p. 191. Liek a toujours affirmé son opposition aux soins gratuits, selon lui pour rendre le patient plus responsable et limiter les abus. Il n'évoque toutefois pas le lien entre cette idée et la rémunération des médecins.

1382 Ibid., pp. 192 - 193.

1383 Ibid., pp. 193 - 194.

1384 Ibid., p. 206.

1385 Cf. précédemment les propos de Basile Ekanga.

1386 Bonah, Christian ; Danion-Grilliat, Anne ; Olff-Nathan, Josiane ; Schappacher Norbert, *L'eugénisme*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, pp. 594 - 596.

12.3.2.1. L'analyse du Pr Balthazard

Le Pr Balthazard, président de la CSMF, en fait une analyse publiée dans le *Médecin de France* du 15 juin 1929[1387]. Contrairement au Dr Liek, qui expose d'abord les méfaits des assurances sociales, avant d'aborder les moyens d'y remédier, le Pr Balthazard, entame son analyse en en venant directement à la conclusion du livre ; ce qui n'a rien d'étonnant. Le Pr Balthazard débute son analyse en ces termes :

> "*L'auteur [E. Liek, NDLR] n'est certainement pas suivi dans ses opinions par la masse des médecins allemands, au nombre de 45 000 presque tous groupés dans deux puissantes associations professionnelles : l'Union des Sociétés médicales et la Fédération Hartmann. Ces associations combattent en effet la fonctionnarisation des médecins souhaitée par les Caisses et réclament le libre choix ; le Dr Erwin Liek estime que l'heure est passée pour obtenir gain de cause sur cette revendication et il se résigne à la fonctionnarisation, demandant seulement que le médecin, qui soigne les assurés malades, soit fonctionnaire de l'Etat et non fonctionnaire de la Caisse.*"[1388]

L'analyse se poursuit par le méfait principal des assurances sociales, à savoir la diminution de la puissance de production du peuple allemand, par le recours de plus en plus fréquent, selon Liek, à des arrêts de travail qu'il estime injustifiés. C'est, selon le Pr Balthazard, l'élément principal qui pousse Liek a souhaiter la suppression des assurances sociales, bien que cela semble impossible en raison de la crise économique qui sévit en Allemagne. Il poursuit ainsi, reprenant l'ironie de Liek :

> "*A vrai dire, l'auteur préférerait la suppression pure et simple des assurances sociales ; il reconnaît qu'elles ont apporté aux individus des avantages indéniables, allocations en cas de maladie, soins gratuits et même, dans une certaine mesure, droit à la paresse (c'est une chose curieuse que cette "fièvre de Noël" décrite par Stappert-Sternade dans le Journal médical de Munich, 1927, n°15, maladie qui débute à la mi-décembre, finit le 10 janvier, sévit uniquement parmi les membres des Caisses et se caractérise par une seul symptôme, l'inaptitude au travail ; c'est que, pendant cette période, les jours fériés sont si nombreux, qu'étant porté malade, l'assuré touche la même chose qu'en travaillant).*
>
> *Mais le Dr Erwin Liek estime que les assurances sociales ont été nuisibles au peuple allemand dans son ensemble, en diminuant sa puissance de production en créant une profession nouvelle, celle de malade pour l'assurance-maladie, en gâchant l'activité et la vie de ceux qui, désireux d'obtenir une rente d'invalidité, sont pris d'une véritable maladie de convoitise et poursuivent médecins et Caisses de leurs revendications. Ainsi les considérations psychologiques [...] ne sont pas de simples vues théoriques ;*

1387 *Le Médecin de France*, 1929, pp. 375 - 380.

1388 Ibid., pp. 376 - 377.

la pratique des assurances sociales en Allemagne prouve qu'elles constituent une sélection à rebours et que l'individu sain, courageux, supporte une lourde charge pour l'entretien des neurasthéniques (dont le nombre s'est considérablement accru dans les rangs des assurés) et des paresseux. Mais dans l'état économique actuel, en raison des faibles salaires de l'ouvrier allemand, le Dr Erwin Liek sait bien que son projet de suppression des assurances sociales n'aurait aucune chance de succès, l'ouvrier étant dans l'impossibilité d'économiser les sommes que la prévoyance individuelle conseillerait de réserver en vue des maladies éventuelles."[1389]

Rappelons que les assurances sociales ont été crées par Bismarck en Allemagne, justement parce que les ouvriers, plus de 50 ans auparavant, n'avaient pas les moyens d'économiser pour leur prévoyance. Les assurances sociales avaient donc bien pour but de "solvabiliser" du point de vue de la santé la force de travail nécessaire à l'industrialisation en Allemagne, et de "solvabiliser" par conséquent, une nouvelle clientèle pour les médecins. Ainsi, supprimer les assurances sociales conduirait à la situation antérieure à la création de celles-ci en terme de "part de marché" pour les médecins, en considérant toutefois, étant donné la conjoncture économique, que la part de la population aux ressources financières modeste aurait augmenté.

L'analyse se poursuit ainsi :

"*Bien au contraire, le courant est encore en sens inverse ; le législateur a autorisé la constitution des Caisses des classes moyennes et des Caisses des fonctionnaires, si haut placés fussent-ils, à prendre rang parmi les assurés sociaux. Si bien qu'à l'heure actuelle, les deux tiers de la population allemande, soit quarante million d'habitants, sont devenus des assurés sociaux.*

Nous assisterons sans doute en France à une extension progressive et analogue des assurances sociales.

Dans ces conditions, comment limiter le mal ? Nous en tenant à l'assurance-maladie, nous examinerons ses méfaits en Allemagne et cette étude justifiera amplement les revendications du Corps médical français."[1390]

Le Pr Balthazard reprend ensuite les méfaits pour les assurés, énoncés par Liek et que nous avons étudiés précédemment. Nous n'y reviendrons donc pas. Le Président de la CSMF se contente du commentaire suivant :

"*Tous ces méfaits contre lesquels les médecins allemands ne peuvent plus réagir, peuvent être évités en France, si, dès le début de l'application de la loi, on adopte les recommandations du Corps médical formulées par le Congrès des Syndicats médicaux du 30 novembre 1927 et que notre confrère, le député Gadaud, a réunies dans un amendement à l'article 4 de la loi sur les assurances sociales qui assure l'entente directe entre le malade et*

1389 Ibid., p. 377.

1390 Idem. Passages soulignés par nous.

son médecin, seule condition rendant possible l'administration de bons soins, tout en réduisant au minimum les abus."[1391]

Voici le contenu de l'amendement en question :

"*Art. 4. - L'assurance-maladie couvre dans la mesure et selon les modalités indiquées aux paragraphes suivants les frais de médecine générale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants de moins de seize ans.*

2. L'assuré choisit librement son praticien parmi ceux qui ont adhéré aux conventions passées entre les caisses et les Syndicats professionnels habilités par le groupement national médical ou pharmaceutique.

3. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

4. La participation des Caisses aux soins donnés, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique est réglée par la Caisse à l'assuré, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région.

Ces tarifs, communiqués à titre indicatif aux Caisses par les médecins, le quantum de participation des Caisses, communiqué à titre indicatif par les Caisses, ainsi que les modalités d'application de la loi et toutes autres indications jugées utiles, sont inscrits dans les contrats collectifs entre les Caisses et les Syndicats professionnels habilités par leur groupement national.

5. L'assuré règle directement les honoraires de son médecin. Dans ces honoraires, le montant de la participation de l'assurance est versé à l'assuré, justification fournie par lui…"[1392]

Cet amendement reprend effectivement les points principaux de la Carte du corps médical votée par les syndicats en 1927 et 1928, à savoir : le libre choix au paragraphe 2 (proposition "b" de la Charte), le droit aux honoraires en partie traité au paragraphe 4 (proposition "d"), l'habilitation au paragraphe 4 (proposition "a") et l'entente directe au paragraphe 5 (proposition "e"). N'y sont pas mentionnés, le secret professionnel, la liberté thérapeutique, les modalités de contrôle des médecins et des assurés, la représentation des médecins dans les commissions techniques ; ces points faisant l'objet, pour la plupart, d'autres articles de la loi.

Le Pr Balthazard poursuit en commentant cette amendement. Probablement influencé par Erwin Liek, il semble revenir en arrière sur la possibilité d'un tiers payant pour les assurés les plus modestes, proposé par le Ministre du Travail, et qu'il avait jugé, par le passé, éventuellement acceptable :

"*La situation est ainsi bien précisée : le médecin s'entend directement avec le malade sans aucune interposition bureaucratique ; il fournit à ce*

1391 Ibid., p. 378 - 379. Le Pr Balthazard cite Liek dans le passage entre guillemets.

1392 Ibid., p. 379. Passages soulignés par nous.

malade toutes les justifications lui permettant de toucher à la Caisse à la fois les allocations de maladie auxquelles il a droit et le remboursement de la part des frais médicaux et pharmaceutiques que lui octroie la Caisse.

Il est indispensable pour les médecins de ne faire aucune concession sur cette modalité d'application de la loi ; agir autrement serait introduire dans l'engrenage un doigt qu'on ne pourrait plus retirer. Lorsqu'ont été créées en Allemagne les Caisses des classes moyennes, il a été entendu qu'elles fonctionneraient suivant le mode que préconisent les médecins français ; la Fédération Hartmann a interdit à ses membres de passer aucun contrat collectif avec les Caisses. Mais lorsque le médecin a réclamé les honoraires de la clientèle privée aux assurés des classes moyennes, ceux-ci ont montré le tarif de remboursement des Caisses, qu'elles entendaient ne pas dépasser comme les assurés sociaux ordinaires et ils ont presque partout trouvé des médecins qui leur ont donné satisfaction."[1393]

Ainsi l'expérience allemande, au travers du livre du Dr Liek, semble avoir eu un impact significatif sur le syndicalisme médical français, au point de remettre en question un accord déterminant avec le Ministre du Travail et qui semblait sur le point d'aboutir.

Le Président de la CSMF conclut son analyse en soulignant qu'"*il y a des choses discutables surtout quand il s'agit des propositions qui sont faites pour remédier aux inconvénients, mais il y a aussi des choses intéressantes sur les abus et méfaits, qui sont de nature à impressionner les profanes et, en particulier, les parlementaires.*"[1394] Il paraissait évident que le syndicalisme médical français ne soutiendrait pas l'étatisation des médecins proposée par Erwin Liek. La CSMF estime qu'il pourrait être intéressant d'envoyer aux parlementaires une version "rognée" de l'ouvrage de Liek, avec les passages intéressants soulignés, afin de leur faire prendre conscience essentiellement des risques d'abus des assurances sociales.

Mais certains syndicalistes, comme le Dr Esbach, n'avaient pas attendu la demande de la Confédération et avait fait parvenir des extraits du livre à certains parlementaires. Le Dr Esbach expose les retours qu'il en avait eus :

"*Les uns ont répondu en disant que c'était intéressant ; d'autres n'ont pas répondu du tout.*

Au point de vue de l'impression faite sur eux, j'ai su que certains avaient été profondément impressionnés par les critiques de Liek sur le fonctionnement des assurances sociales en Allemagne ; pour d'autres ils conviennent que la loi est inapplicable, mais ils ajoutent que l'ayant promise aux électeurs, ils la voteront."[1395]

1393 Ibid., pp. 379 - 380. Passages soulignés par nous.

1394 CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, p. 405.

1395 Ibid., pp. 405 - 406.

Il est impossible de dire si les retours attribués aux parlementaires par le Dr Esbach sont exacts ou non. Il est toutefois possible que cet ouvrage ait eu une influence dans les milieux parlementaires. Mais à la lecture des débats à la Chambre et au Sénat, reportés de façon détaillée par Pierre Leclerc[1396], force est de constater qu'il n'est jamais fait mention de l'ouvrage, ni même de la situation dans d'autres pays d'Europe si ce n'est, ça et là, par quelques statistiques comparatives de morbi-mortalité. Nous remarquons par ailleurs que la CMSF ne semble retenir que les méfaits des assurances sociales sur les médecins, occultant les autres avantages et inconvénients décrits par Liek, et témoignant de la plus grande méfiance envers les solutions qu'il propose.

12.3.2.2. Les articles des Prs Hellpach et Eppinger sur la situation en Allemagne

Un autre article, de la plume du Pr Hellpach, ancien Président de l'Etat de Bade, publié dans la *Gazette de Cologne* du 28 juin 1929, et rejoignant les principaux arguments du Dr Liek, attire l'attention des syndicalistes de la CSMF :

"*L'assurance allemande est née moitié d'un sentiment du devoir moral et social, moitié d'une tactique politique.*

L'assurance des malades était nécessaire parce que l'absence complète de soins médicaux des classes en voie de paupérisme demandait une obligation de soins par force.

Par l'extension irréfléchie de cette obligation aux soins et de ce droit aux soins, le caractère original bienfaisant de l'assurance devint, dans la pratique, une déformation.

A la place de la conscience saine, trouva place l'absence de conscience, maladive. Au lieu que l'art du médecin fût de faire des guérisons, on lui demanda la faveur de rester malade pour en toucher les avantages. L'état de malade devenant socialisé, l'art de guérir fût individualisé. Le revenu de la caisse devint, pour le médecin, la plus grosse part de son salaire général. Ainsi naquirent les principaux défauts des médecins de caisses : la dépendance envers la bureaucratie détruisit la confiance acquise entre médecin et malade… La bureaucratie cherche toujours à étendre son domaine : celle des caisses tend à étendre l'obligation d'assurances à des couches toujours nouvelles. Plus l'assuré s'élève socialement, plus son absence de scrupules a continué de s'accroître.

Un grand facteur psychologique est la défiance mutuelle générale : défiance des médecins que les malades ne veulent plus utiliser ; défiance des dirigeants des caisses contre les assurés, et les médecins ; et, enfin,

1396 Pour les débats devant le Sénat : Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 296 - 310. Pour les débats devant la Chambre des députés : ibid., pp. 310 - 365.

l'épouvantail du contrôle, cause de la vulgarisation de cette idée courante : la démoralisation des assurés et de la médecine de caisses.

Trois réformes essentielles sont à apporter.

1° Le secret professionnel, une des colonnes de la confiance elle-même, élément de guérison.

Le diagnostic doit disparaître du ticket de maladie : mentionner seulement : "peut travailler" ou "doit rester au lit", etc… Les indications de maladies doivent être radicalement tenues écartées de la bureaucratie des caisses, et transférées aux groupes exclusivement médicaux reliés entre eux.

C'est pour cela qu'il faut :

2° Rejeter toute participation des médecins, même dans la direction des affaires de la Caisse.

3° Le médecin de caisse doit être protégé contre lui-même par une limitation précise de sa clientèle. Il faut instaurer, comme en Angleterre, le numerus clausus.

Pour la première classe des salaires, couche des revenus minima, l'obligation d'assurance doit rester ce qu'elle est actuellement. Pour la classe immédiatement au-dessus : revenus modestes, 3 000 à 6 000 marks, le droit d'assurance avec droit aux soins suivant des impôts spéciaux, cotisation médicale réduite, surtout pour les maladies longues seules.

Pour la dernière classe (classe assurée de vivre) au-dessus de 6 000 marks, pas d'assistance d'Etat ; conventions libres et personnelles, comme pour l'assurance-incendie ou l'assurance-vie. [...]

Ce devrait être l'orgueil de chaque citoyen de se libérer du secours des autres.

Il faut apprendre au peuple à considérer le devoir d'être sain comme la source éternelle du droit à la santé, car l'histoire montre que, seules, subsistent les sociétés où les droits s'appuient sur des devoirs."[1397]

Tout comme Liek, et c'est ce que retient d'ailleurs essentiellement la CSMF, le Pr Hellpach attire l'attention sur les risques d'abus des assurances sociales de la part des assurés, des médecins et éventuellement même de l'Etat. Les premiers auraient tendance à abuser de l'assurance en tirant profit des avantages de la maladie, la perte de salaire étant compensée. Les seconds "accapareraient" une clientèle de plus en plus grande afin de multiplier les actes et ainsi augmenter les revenus, sous entendu, sans doute, au détriment de la qualité des soins, raison pour laquelle est proposé le *numerus clausus*. Enfin, l'Etat, en étendant le cercle des assurés, étendrait inévitablement - selon les syndicalistes - les inconvénients précédemment cités et "déresponsabiliserait" une large part de la population vis-à-vis de sa santé, l'assistant, selon Hellpach, de façon injustifiée. L'auteur admet

1397 CSMF, *Le Médecin de Fance*, 1929, pp. 507 - 508. Passages soulignés par nous. Nous remarquons les similitudes avec les arguments développés par Liek dans son ouvrage sur les assurances sociales en Allemagne.

toutefois que l'assurance est utile pour les plus modestes et devrait être maintenue pour cette catégorie, ce qui rejoint les idées du Dr Liek.

Selon la CSMF, un autre médecin allemand, le Pr Eppinger, de Fribourg-en-Brisgau, irait dans le même sens que le Dr Liek et le Pr Hellpach. Les propos du Pr Eppinger sont rapportés par les professeurs Merklen et Wolf de Strasbourg, devant l'Académie de Médecine lors de la séance du 22 octobre 1929 :

"*Après avoir traversé une heureuse période de cinq à dix ans, la loi des assurances allemandes a créé nombre de difficultés matérielles et morales. Les causes en furent les abus des assurés et dirigeants des caisses et les modifications progressives de la mentalité médicale. Les directeurs des caisses ne visaient qu'à l'épargne et au rendement ; ils transforment les médecins en petits fonctionnaires. D'où conflits ; la victoire alla naturellement à l'argent, c'est-à-dire aux caisses.*

Celles-ci devaient bientôt abuser de leurs succès. Fondation de petits services spécialisés d'abord puis de centres de diagnostics, de maisons de cure, de sanatoriums, enfin de grandes maisons de santé, telles furent les étapes. Les médecins furent enrôlés, des privatdocent et des professeurs extraordinaires même, avec assistants et aide-assistants, à qui de larges prérogatives étaient concédées, à condition de demeurer à la disposition des directeurs des caisses. Les caisses, tenant surtout à récupérer le plus tôt possible les malades, exigent de leurs médecins une formation spéciale et des stages préliminaires [...]. Ce que veulent les caisses, c'est la fondation [...] de collèges et de facultés libres en concurrence avec les universités officielles [...].

Ce sera la fin du travail scientifique ; dans ce nouveau genre d'université, tout sera sacrifié à l'exploitation du rendement de l'individu. Dès maintenant, les caisses surveillent leurs malades dans les cliniques officielles, contrôlent la durée et le résultat de l'hospitalisation ; elles discutent traitement et prix de revient. Ne sont-elles pas d'accord avec les cliniques, elles reprennent leurs malades et les soumettent à l'examen d'une commission de contrôle, que les universitaires sont forcés d'accepter. Au surplus, la clientèle des cliniques s'effrite de plus en plus en faveur des hôpitaux des caisses ou des maisons de santé privées agréées par ces dernières. Lorsque seront fondés les collèges des assurances sociales, tout essor scientifique sera anéanti.

Quant aux médecins de caisse, ils se préoccupent de leurs malades dans la mesure ou les caisses le leur permettent. Elles ont coupé tout lien moral entre le médecin et son patient. La transformation du médecin en fonctionnaire est un fait acquis et accepté en Allemagne. C'en est fini de la conception de la responsabilité, de la notion altruiste de devoir en leur lieu et place : de la pusillanimité égoïste. Car les caisses ont mis la main sur les

décisions thérapeutiques de leurs médecins comme sur les méthodes de diagnostic. [...]

Les jeunes gens ont été attirés en surnombre vers la médecine par l'idée qu'ils auraient, grâce aux caisses, une petite existence assurée d'emblée. Le chiffre des étudiants s'est multiplié dans de grandes et tristes proportions. Une fois installés, ils cherchent à gagner et à retenir leurs clients par une surenchère médicamenteuse qui plaît aux malades. Aussi les études médicales sont-elles poursuivies, dans un esprit d'utilitarisme difficile à concevoir. Les professeurs et leurs collaborateurs sont inquiets de voir combien s'est abaissé le niveau moyen des dernières générations médicales. Les étudiants un peu doués n'acceptent de fonctions dans les cliniques et instituts scientifiques qu'à condition d'être nommés plus tard privatdocent, parce que ce titre leur permettra d'obtenir par la suite la direction d'un hôpital de caisse.

Le public a pour le médecin méfiance ou indifférence, sinon dédain. L'estime, le respect, la considération, qui se rencontrent heureusement encore assez souvent en France, sont devenus lettre morte en Allemagne. Les charlatans y ont gagné et sont munis d'une nombreuse clientèle. Les malades n'entrent dans les hôpitaux que sous conditions : refus de certains examens et médicaments [...].

Les assurances sociales allemandes ont donc avili et asservi les médecins ; elles ont abaissé la pratique de l'exercice de la médecine ; elles ont diminué le niveau moyen des études et engendré la pléthore, avec pour aboutissement le prolétariat médical ; elles commencent à mettre en danger l'enseignement et le travail de recherche des cliniques universitaires."[1398]

Le Pr Eppinger, reprenant bon nombre d'arguments du Dr Liek, traite moins des "abus" des assurés que de la remise en cause de l'indépendance de la profession, pourtant, selon lui, garante de la qualité de l'exercice médical. Il déplore notamment la prédominance des considérations financières, selon lui au dépend du progrès scientifique, en raison d'une perte de liberté dans la recherche du diagnostic et les traitements. De plus, il regrette le contrôle des caisses qui implique la fonctionnarisation des médecins ainsi que les répercutions néfastes sur l'enseignement. Cette influence de l'assurance maladie sur l'enseignement aurait pour effet d'augmenter inconsidérément le nombre d'étudiants, attirés par un minimum de revenu futur garanti par les caisses, et ceci au détriment de la qualité des soins. Finalement, comme en France, c'est l'exercice libéral qui semble remis en cause, le médecin s'apparentant, selon le Pr Eppinger, à un simple exécutant au service des caisses.

1398 Ibid., pp. 509 - 510. Passages soulignés par nous.

12.4. Le “rectificatif Loucheur”

L’étude des assurances sociales en Allemagne et en Alsace-Lorraine va amener à la constatation, partagée par la CSMF et le Ministre du Travail, que, là-bas, la loi sur les assurances sociales est bien plus complète que dans la France “de l’intérieur”. En Allemagne notamment, la loi prévoit le cas où les syndicats et les caisses n’arriveraient pas à s’entendre en ce qui concerne les tarifs.

Dans le Code des assurances sociales alsacien, héritier du système allemand, l’article 370 réglemente cette situation :

> “*Si dans une Caisse-maladie les soins médicaux sont sérieusement compromis du fait que la Caisse ne peut conclure, dans des conditions convenables, des contrats avec un nombre suffisant de médecins ou parce que les médecins ne se conforment pas aux contrats, l’Office supérieur (chambre du contentieux administratif) autorisera, à titre révocable, la Caisse qui en fait la demande, à accorder à la place des soins médicaux ou du traitement médical nécessaire, une prestation en espèces pouvant s’élever jusqu’aux deux tiers du montant moyen des secours pécuniaires de maladie…*”[1399]

Il s’agit dans ce cas, de donner à la caisse la possibilité de verser un tarif de responsabilité à l’assuré. Mais ce tarif à l’inconvénient d’être une moyenne et donc de ne pas être corrélé au coût réel des soins d’un individu. Cela pèserait inévitablement sur les ressources des malades les plus graves et donc les plus fragiles.

Dans la France “de l’intérieur”, le Ministre du Travail, appuyé par la CSMF et les travaux de la Commission d’hygiène du Sénat, propose une modification du même ordre, affectant l’article 4 de la loi de 1928. Il suggère deux possibilités[1400].

La première consiste à fixer un maximum forfaitaire du coût des prestations par journée de maladie, pour les maladies ne comportant ni hospitalisation ni intervention chirurgicale. Ce système a été employé par certaines caisses d’Alsace et de Moselle, notamment pendant les grèves de médecins, et parait satisfaisant à condition de n’être pas trop strict, c’est-à-dire de permettre des exceptions pour les cas graves qui exigent un traitement spécial onéreux. De ces exceptions, le médecin traitant et le médecin délégué par la Caisse seront juges, sauf recours à la Commission technique prévue par l’art. 7, § 3, de la loi, s’ils ne sont pas d’accord.

Comme seconde précaution, le Ministre propose de prévoir explicitement le cas où les caisses ne pourraient pas traiter avec les syndicats médicaux, soit que ceux-ci formulent des prétentions non admissibles, soit qu’ils se refusent à la discussion. Dans ce cas, la caisse fera approuver par la Commission tripartite prévue à l’art. 7, § 5, et homologuer par l’Office National, un tarif fixant

1399 Ibid., p. 640.

1400 Ibid., pp. 674 - 675.

exclusivement sa responsabilité à l'égard des assurés, mais non opposable aux médecins. Louis Loucheur, commente :

> "*On remarquera que cette dernière disposition brisant le cadre dans lequel le corps médical s'est plaint à tort ou à raison de se trouver enfermé par la loi, lui permet de pousser jusqu'à ses plus extrêmes conséquences la théorie du libre choix et de l'entente directe. Le Gouvernement est certain qu'ainsi, plus complètement réassurés encore, les médecins apporteront aux assurances sociales toute leur collaboration.*"[1401]

Dans l'esprit du Ministre du Travail, cela rend totale la liberté contractuelle, en donnant aux syndicats de médecins la possibilité de ne pas contracter. Il faut toutefois garder à l'esprit que le désaccord majeur entre le corps médical et l'Etat concerne le tiers payant, que le "rectificatif Loucheur" ne règle que très indirectement. En effet, ce rectificatif laisse à penser que si les parties venaient à ne pas contracter, la caisse verserait un tarif de responsabilité à l'assuré, non opposable au médecin, excluant donc, semble-t-il, le tiers payant.

Voici le texte proposé par le Ministre - également connu sous le nom de "rectificatif Loucheur", qui en découle :

> "*Article 4 de la loi du 5 avril 1928*
>
> *Les deux paragraphes suivants sont ajoutés :*
>
> *10° Les caisses qui ne pourront pas conclure avec les Syndicats médicaux les conventions prévues par le paragraphe 4 ci-dessus seront assujetties à un tarif arrêté sur leur proposition par la Commission tripartite prévue à l'art. 7 par. 5, et homologué par l'Office National des Assurances Sociales. Ce tarif fixera exclusivement la responsabilité de la caisse à l'égard des assurés et ne sera pas opposable aux médecins.*
>
> *11° Pour les soins ne comportant ni hospitalisation ni intervention chirurgicale, le coût des prestations médicales et pharmaceutiques à la charge de la Caisse, qu'elles soient délivrées en nature ou remboursée en argent, ne pourra pas dépasser un maximum forfaitaire par journée de maladie dûment constatée.*
>
> *Toutefois, ce maximum forfaitaire ne sera pas applicable lorsque le médecin traitant et la Caisse, celle-ci déléguant un médecin si elle estime qu'un examen contradictoire s'impose, estimeront d'un commun accord que la maladie exige un traitement spécial ou si, en cas de désaccord, il en est décidé par la commission technique prévue à l'art. 97 § 3.*
>
> *Le maximum forfaitaire sera arrêté chaque année pour l'ensemble des caisses par l'office national des Assurances sociales ; il sera égal à 10% de la moyenne générale des salaires quotidiens ayant, l'année précédente, donné lieu à cotisation.*

1401 Ibid., p. 675.

Les caisses pourront dépasser le maximum forfaitaire, mais sous leur responsabilité et sans pouvoir faire appel à la réassurance pour les excédents de dépenses correspondants."[1402]

Un lien semble probable entre cette modification et la crainte du corps médical français vis-à-vis de l'étatisation, proposée par le Dr Liek comme solution aux méfaits des assurances sociales. En effet, la fonctionnarisation passerait par un contrôle de l'Etat sur les médecins qui, contrairement à ce que propose Erwin Liek, se ferait en France au travers des caisses. Donner aux médecins la possibilité de ne pas contacter avec les caisses, renoue avec la "liberté contractuelle" et dégage donc de façon significative le corps médical de ce risque de fonctionnarisation portant atteinte à l'identité libérale.

Remarquons encore que, contrairement à ce qu'il avait annoncé, le Ministre n'a pas rompu les pourparlers avec les syndicats médicaux, suite au refus de ses précédentes propositions. Une des raisons en est probablement que le système des assurances sociales ne peut se passer de la collaboration du corps médical. Peut-être les écrits de Liek et de ses confrères ont été portés à la connaissance du Ministre, mais surtout, ces ouvrages donnaient d'avantages d'arguments au corps médical français pour refuser son concours à la loi. Dès novembre 1929, l'article 4 modifié entre en discussion devant la Commission d'Hygiène du Sénat[1403].

Suite à cette modification, la CSMF publie un projet de contrat type[1404] entre les syndicats et les caisses ou la mutualité, reprenant les principes de la Charte du corps médical. Par ailleurs, il faut noter que ce projet ne prévoit que le paiement direct. En ce qui concerne l'habilitation des médecins, deux versions son proposées : l'une permet aux médecins non syndiqués de contracter, l'autre non.

12.5. Le "petit risque" comme solution aux "abus" des assurés

Le risque d'"abus" rappelé par les médecins allemands va également remettre sur le devant de la scène la question du "petit risque", déjà précédemment évoquée dans notre travail. Voici ce que dit, à ce sujet, le Dr Decourt dans le *Médecin de France* de novembre 1929 :

"*La médecine d'Assurances sociales telle que la comprennent les parlementaires et aussi la plupart des assurés futurs, c'est la médecine constamment gratuite, le droit pour chacun à l'appel du médecin, jour et nuit, sans qu'on ait à débourser un sou de plus, qu'on l'appelle ou non. Il ne faudrait pas connaître l'humanité, ni même avoir jamais sondé son propre coeur, pour ne pas sentir quelle tentation cela représente, non seulement d'user suivant les besoins, mais d'abuser sans vergogne, à sa fantaisie,*

1402 Ibid., pp. 675 - 676. Passage souligné par nous.

1403 Ibid., p. 684.

1404 Ibid., pp. 678 - 682. Cf. annexe n° 13.

d'une "fourniture" gratuite. D'où nombre de visites multiplié par X., par suite de leur gratuité et formidable carte à payer par la Nation. [...]

Mais il y a une bien plus grave source d'abus à envisager et qu'il faut faire entrer ici en ligne de compte au point de vue financier puisque la répercussion en est doublée.

Ce sont tous les pseudo-malades, entraînant autant de demi-salaires payés à tort. Et il y en aura beaucoup. Voici pourquoi.

Il y aura d'abord les journées où l'ouvrier sera sans travail. C'est si tentant de se "porter malade" quand on chôme, et de toucher un demi-salaire, au lieu de rien du tout. Ce ne seront plus là des "allocations chômage" qu'il faut mendier presque. Non, une fois "reconnu malade" on aura le droit de passer fièrement à la Caisse et de toucher. [...]

Il y aura les jours de simple "flemme", ceux où l'on voudra profiter du printemps pour quitter le bureau ou l'atelier. Il y aura, à la campagne, les jours où l'on aura du travail pressé au jardin et où l'on fait pousser des légumes. Il y aura les jours où l'on aura simplement à faire un travail qui déplaît, les jours où l'on se sera disputé avec son chef de chantier ou d'atelier ; les jours où l'on sera tout bonnement de mauvaise humeur… Et tous ces jours, de demi-salaires payés à tort, s'additionneront, pour les uns et pour les autres, et feront des millions et des millions imprévus, en fin d'année…"[1405]

L'influence venue d'Allemagne, notamment au travers de l'ouvrage du Dr Liek, est probable. Jamais le corps médical français n'avais dénoncé ce risque d'"abus" de façon aussi vive. Mais peut-être ces arguments tombent-ils à point nommé pour masquer d'autres enjeux, moins avouables, liés à la rémunérations. A l'objection de certains parlementaires et même de certains syndicalistes médecins, selon laquelle cela ne regarderait pas le corps médical, mais plutôt le contribuable, le Dr Decourt répond :

"*Pardon ! C'est encore et toujours au point de vue strict de la collectivité médicale que je me place. Tout ceci est de son ressort, au premier chef. De tous les demi-salaires, dont le paiement serait injustifié, qui donc serait responsable ? En premier lieu le pseudo-malade, c'est entendu, mais ensuite le médecin. C'est à lui, en effet, qu'il appartient de distinguer le vrai malade du faux et de ne pas "reconnaître" ce dernier, comme on dit au régiment. Mais le médecin le pourra-t-il toujours et, quand il le pourra, le voudra-t-il ?*

Le pourra-t-il ? - Est-il donc si facile de faire la distinction quand un homme se présente à la visite, sachant fort bien ne se plaindre que de phénomènes subjectifs ? Allez-vous refuser de reconnaître malade celui qui déclare souffrir de douleurs, de rhumatismes musculaires, de choses non contrôlables au thermomètre ou à l'auscultation ?

1405 Ibid., p. 729 - 730. Passages soulignés par nous.

Le voudra-t-il ? - Supposons que le "malade" est manifestement bien portant. Supposons même qu'il avoue cyniquement mais réclame du médecin x jours d'incapacité et le menace s'il refuse, de s'adresser à un autre. Une fois, deux fois, dix fois, le praticien consciencieux refusera avec indignation de "marcher dans la combine" : il sera assuré alors de perdre ces un, deux, dix clients, que récoltera un voisin plus "coulant"."[1406]

Certes le médecin ne veut pas prendre la responsabilité des soins et indemnités payés "à tort" mais, plus encore, il ne veut sans doute pas être "manipulé" par le patient. En effet, cela remet en cause directement le pouvoir du médecin. En somme c'est ici le malade qui déciderait bien plus que le médecin.

Pour parer à ce qui est ressenti par le corps médical comme des abus, le Dr Decourt propose la suppression des "petits risques" du champ des assurances :

"*La loi d'assurance-maladie, pour fonctionner au mieux des intérêts matériels et moraux de tous, devrait prendre en charge l'allocation journalière et les frais de maladie seulement au delà du quatrième ou sixième jour, ces quatre ou six premiers jours restant TOUJOURS à la charge du bénéficiaire.*"[1407]

Il argumente que les maladies bénignes ne dure généralement que peu de temps. Qui plus est, le préjudice que subit l'assuré durant ces quelques jours reste limité, notamment du point de vue de la perte de salaire, tout en étant suffisamment dissuasif. Toutefois, on remarquera que le Dr Decourt ne propose pas seulement de supprimer l'allocation journalière durant les premiers jours, mais également la prise en charge des frais de soins. On peut se demander pour quelle raison, sachant que les "abus" porteraient selon lui essentiellement sur les demi-salaires versés à tort, donc sur les arrêts de travail. Une hypothèse est que les maladies bénignes entrant dans le cadre des "petits risques" représentent une part tout à fait significative des consultations, pour lesquelles serait, de fait, écarté le tiers payant, ces patients entrant dans le champ de la "clientèle ordinaire" que le corps médical cherche à préserver.

Mais la contrepartie serait une remise en cause d'un principe fondamental de l'assurance maladie, dont le but est d'inciter les assurés à se soigner le plus précocement possible pour maintenir leur capacité de travail. C'est ce qu'admet le Dr Decourt en précisant que la non prise en charge des frais de maladie durant les premiers jours pourrait entraîner un retard au diagnostic de certaines pathologies qui, non soignées à temps auraient de graves conséquences.[1408] Selon lui, cela n'est pas un problème dans la mesure où la plupart des assurés peuvent supporter le coût d'une ou deux consultations. Mais encore faudrait-il qu'ils le veuillent. Une autre limite soulignée par le Dr Decourt est la difficulté à déterminer le nombre de jours depuis le début de la maladie, celle-ci ne débutant pas toujours de façon brutale à

1406 Ibid., p. 730. Passages soulignés par nous.

1407 Ibid., p. 732.

1408 Ibid., pp. 732 - 734.

un instant donné. Sur ce point, il propose de prendre comme premier jour, le premier jour où le malade ne peut pas travailler et, s'il est sans emploi ou si c'est un enfant, la date de la première consultation. Enfin, il souligne la difficulté de délimiter une période de 4 ou 6 jours chez les patients chroniques présentant de nombreuses améliorations et rechutes. Dans ce cas de figure, il propose de délivrer à ces malades chroniques une attestation indiquant la nécessité de soins réguliers, afin que leurs soins soient pris en charge par les caisses.

Ainsi, pour le Dr Decourt, limiter les abus, passe inévitablement par une restriction du champs de l'assurance-maladie et, par la même occasion, l'application d'une loi qui ne donne - pour le moment - pas satisfaction au corps médical. Cela se conçoit d'autant mieux à l'époque que, s'agissant d'un système nouveau, l'assuré perdrait un bénéfice plus qu'il ne subirait une préjudice. Du point de vue du "petit risque", le malade se trouverait simplement dans la situation antérieure à la mise en place de l'assurance maladie, situation de la "clientèle ordinaire".

Finalement, le risque d'"abus" dénoncé par les médecins allemand, au delà d'une remise en cause du cercle des assurés, porte sans doute atteinte au pouvoir du médecin, dans la mesure où les assurances sociales donnent au malade les moyens d'une certaine exigeance.

12.6. La modification de l'article 4 et l'approche d'un accord entre la CSMF et l'Etat

En décembre 1929, suite au "rectificatif Loucheur", la CSMF et l'Etat semblent se rapprocher d'un accord, comme le souligne le Pr Balthazard, président de la CSMF :

> "*Grâce à la ténacité du Corps médical français, grâce aussi à sa clairvoyance, la loi sur les assurances sociales ne sera pas, comme en Allemagne, un puissant facteur de démoralisation de la classe ouvrière et par contre-coup de la profession médicale ; elle pourra même devenir un élément des plus importants dans le développement de l'hygiène sociale et de la médecine préventive.*
>
> *Le gouvernement s'est heureusement rallié à notre conception.*
>
> *Admis sans aucune restriction le principe du libre choix du médecin. Seuls seront éliminés les médecins marrons, justiciables des conseils de famille syndicaux, alors même qu'ils ne feraient pas partie des syndicats. L'habilitation permettra également à la Confédération d'exclure les syndicats indésirables, qui se proposaient uniquement pour but de fausser le jeu normal de la loi [...].*

Mais surtout et avant tout, c'en est fini du spectre du tiers payant, qui a provoqué tant de scandales dans l'application de la loi sur les accidents du travail et de la loi sur les mutilés de guerre. [...]

Du succès terminal, je puis parler avec d'autant moins de modestie que c'est à Cibrie, notre Secrétaire général, que, par suite de circonstances, revient le mérite d'avoir convaincu le Ministre. [...]

Grâce à la cordialité qui régira désormais les relations du Ministre avec la Confédération, j'ai la conviction que les deniers points litigieux seront vite réglés [...]."[1409]

Le Pr Balthazard se lance ensuite dans une longue analyse des paragraphes 10 et 11 de la "modification Loucheur" dont nous ne reprendrons que les conclusions :

"*Le paragraphe 10 du rectificatif Loucheur peut donner satisfaction au Corps médical, sous deux conditions : que le groupement médical national ait un rôle efficace dans l'habilitation (condition législative) - que le syndicat soit assez fort pour maintenir la discipline en matière de tarif minimum (condition syndicale). [...]*

Le plafond de frais médico-pharmaceutiques prévu par le § 11 du rectificatif Loucheur se confond en pratique avec l'attribution d'une indemnité forfaitaire journalière se soins. Cette disposition assure l'équilibre financier des caisses, évite les abus, décourage le marronage ; elle n'est pas préjudiciable à l'assuré, si le taux d'indemnité est convenablement choisi et si des exceptions sont prévues pour les cas graves.

Et si l'indemnité de soins devenait légalement la règle unique de fonctionnement de la loi, elle donnerait toute satisfaction au Corps médical, en assurant la moralisation de la loi."[1410]

Suite aux efforts soutenus de la CSMF, le Commission d'Hygiène du Sénat adopte, en décembre 1929, une version remaniée de l'article 4 de la loi, reprenant le texte précédent et s'inscrivant dans la continuité du "rectificatif Loucheur"[1411].

En raison de son importance, il nous parait nécessaire de cité ici l'article 4 ainsi remanié :

"*1° L'assurance maladie couvre dans la mesure et selon les modalités indiquées aux paragraphes suivants les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans.*

2° L'assuré choisit librement son praticien.

1409 Ibid., pp. 765 - 766.
1410 Ibid., pp. 769 - 772.
1411 CSMF, *Le Médecin de France*, 1930, pp. 10 - 13.

3° Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

4° Le prix de l'acte médical fixé par les caisses, dit "tarif de responsabilité", avancé ou remboursé par les caisses à l'assuré, établi par les caisses compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région, ainsi que les modalités d'application de la loi et toutes autres conditions jugées utiles sont inscrits dans les conventions passées entre les caisses et les syndicats professionnels, habilités par leurs groupements nationaux, cette habilitation devant être approuvée par la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales.

Dans le cas où un vis défavorable à l'habilitation aurait été donné par le groupement national intéressé, le syndicat professionnel pourra faire appel devant la sous-section médico-pharmaceutique de la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales.

Au cas où cette sous-section confirme l'avis du groupement national, il n'y a pas lieu à habilitation.

Dans le cas contraire, il est prononcé l'habilitation, comme il est dit plus haut, par la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

5° La participation de l'assuré au tarif de responsabilité établi dans les conventions, est fixé par la caisse à 15 à 20% et réalisée suivant le mode prévu aux dites conventions. Le taux de participation aux frais pharmaceutiques et autres, est également fixé à 15%. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

6° Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurance pourra être autorisée sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5 ; le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés.

7° Au cas où les caisses ne pourraient pas conclure avec les syndicats médicaux, les conventions prévues par le paragraphe 4 ci-dessus, elles verseraient à l'assuré malade une indemnité forfaitaire journalière de soins pour les maladies ne comportant ni intervention chirurgicale ni hospitalisation.

Le minimum de cette indemnité journalière sera égal à n…% de la moyenne générale des salaires quotidiens ayant l'année précédente, donné lieu à cotisation. Dans ce cas, la retenue de 15 à 20% à la charge de l'assuré, prévue au paragraphe 5 ne saurait jouer. Le minimum d'indemnité journalière pourra être fixé par les caisses à un taux plus élevé, sous leur responsabilité

propre et sans pouvoir faire appel à la réassurance pour les excédents de dépenses correspondants.

De plus, des indemnités supplémentaires pourront être versées à l'assuré, lorsque le médecin traitant et la caisse estimeront d'un commun accord que la maladie exige un traitement spécial ou si, en cas de désaccord, il en est ainsi décidé par la Commission technique prévue à l'article 7, paragraphe 3.

8° Les indemnités ci-dessus indiquées sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

9° Pour les maladies ne comportant pas la cessation du travail, des indemnités spéciales seront prévues dans le règlement intérieur de la caisse.

10° Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive."[1412]

Cet article amène plusieurs commentaires. Tout d'abord, et contrairement à ce que souhaitait précédemment la Confédération afin d'exclure le "petit risque", il ne semble pas exister de délai de carence pour la prise en charge des soins par la caisse, ceci en vertu du paragraphe 8.

Syndicats et caisses n'ont donc pas l'obligation de contracter. Mais, étant donné l'idéologie syndicaliste de l'époque, prônant l'entente directe et l'exercice dans les conditions de la clientèle ordinaire, on peut penser que de nombreux syndicats pourraient ne pas vouloir contracter avec les caisses. Notons que cette situation n'est considérée par la loi, qu'en dehors du contexte de l'hospitalisation ou des actes chirurgicaux, ce qui laisse supposer la nécessité de contrats entre les syndicats et les caisses en ce qui concerne la prise en charge hospitalière.

Concernant les tarifs des actes médicaux, la CSMF précise que le Ministre du Travail aurait spécifié qu'ils ne sont pas opposables aux médecins.[1413] De plus l'article parle d'un acte médical "a*vancé ou remboursé par les caisses à l'assuré*", ce qui, dans le cas de bon nombre d'assurés, fermerait la porte au tiers payant.

Ainsi, la nouvelle version de l'article met l'habilitation des médecins entre les mains du groupement syndical national - donc la CSMF -, avec possibilité d'appel devant la sous-section médico-pharmaceutique du Conseil supérieur des assurances sociales. De plus, il écarterait le tiers payant, le médecin délivrant au malade une attestation permettant à ce dernier de se faire rembourser les frais de santé auprès de la caisse. L'article prévoit également la possibilité pour la caisse de faire l'avance des frais au malade, sans toutefois en préciser l'organisation pratique, imprécision que la CSMF ne manque pas de relever. Enfin, le paragraphe 7 prévoit, en cas d'impossibilité à établir une convention entre les syndicats et les caisses, de recourir à une indemnité forfaitaire journalière de maladie versée par la caisse à

1412 Ibid., pp. 16 - 17. Passages soulignés par nous.
1413 Ibid., p. 16, note de bas de page n°1.

l'assuré, ce qui, selon la CSMF, garantirait l'entente directe. On pourrait toutefois se demander, vus les propos du Pr Balthazard, si le corps médical n'entend pas faire de cette indemnité, non pas une solution de dernier recours, mais une règle générale. Il est probable que le Ministre ne l'entende pas de cette manière, car dans ce cas, certains syndicats pourraient même ne plus prendre la peine de contracter.

Toujours est-il que la plupart des syndicalistes de la CSMF estiment avoir obtenu satisfaction - hormis certains points de détails - pour ce qui est de la loi sur les assurances sociales, comme cela est précisé dans le compte rendu de l'assemblée générale de la Confédération de décembre 1929 : "*La Confédération des Syndicats médicaux français constate que la rédaction de l'article 4 de la loi des assurances sociales, [...] qui aurait été voté par la Commission d'hygiène du Sénat, a apporté en grande partie satisfaction aux principes de la charte médicale.*"[1414] Rappelons que cette Charte était la condition *sine qua non* pour que le corps médical collabore pleinement aux assurances sociales et à l'assurance maladie en particulier.

Finalement, l'assemblée générale de la CSMF, réunie début janvier 1930, vote à l'unanimité un ordre du jour demandant de nouvelles modifications de l'article 4, portant sur ce qu'elle qualifie elle-même de deux "points de détails" :

> "*1° Art. 4-§4 : inscrire "La part de responsabilité des caisses dans le prix de l'acte médical", au lieu de : "le prix de l'acte médical dit "tarif de responsabilité"...".*
>
> *2° L'avance sous forme de chèques ne peut être consentie qu'exceptionnellement comme le porte l'article 42 du règlement d'administration publique "aux assurés momentanément sans ressources" et suivant les conventions entre les caisses et syndicats.*"[1415]

S'il s'agit peut-être de détails dans la forme, le fond touche à des questions de première importance qui sont respectivement la garantie d'un tarif non opposable en dissociant clairement tarif de responsabilité et prix de l'acte, et l'éviction - autant que possible - de l'interposition d'un tiers entre le médecin et son patient. Concernant le tiers payant, le Dr Hilaire de la Confédération tient à préciser que l'Etat envisagerait, dans certains cas, l'utilisation d'un chèque remis au patient par la caisse afin qu'il n'est pas à faire l'avance des frais de santé. Ce chèque, pour le Dr Hilaire, ne constitue pas un "tiers payant", car le médecin n'a pas à réclamer les honoraires à la caisse.[1416] Il ajoute encore que, selon lui, seule la force du syndicalisme médical peut faire obstacle au "tiers payant", la loi ne pouvant désormais donner plus de garanties sur ce point.[1417] Cela provoquera des discussions au sein de la CSMF, sur lesquelles nous allons revenir.

1414 Ibid., p. 15.
1415 Idem.
1416 Ibid., p. 75.
1417 Ibid., p. 80.

Si le “tiers payant” semble s’éloigner à grands pas, une crainte semble subsister au sein de la Confédération au sujet du terme “*“tarif de responsabilité” avancé*” inscrits au paragraphe 4 de l’article 4. Le Pr Balthazard rappelle que le Ministre du Travail, M. Loucheur, a précisé ce point : “*Il est bien entendu que le mot “avancé” du § 4 de l’art. 4 n’écarte pas la possibilité pour les caisses d’utiliser toutes sortes de chèques ou tickets qui ne pourraient servir qu’au paiement des médecins.*”[1418] Ce dernier admettra toutefois, quelques semaines plus tard, un manque de clarté dans la rédaction de l’article.[1419] Cela suscite de vives réaction au sein de la Confédération. Sur ce point, l’article 42, du règlement d’administration publique en cours de discussion[1420] précise : “*Lorsque le contrat prévoit le règlement direct des dits frais par l’assuré, la caisse peut faire l’avance de tout ou partie de la part qui lui incombe aux intéressés qui seraient momentanément sans ressources.*”[1421] Cela ne semble en effet ne pouvoir se faire que par un système de “chèques” ou de bons que la caisse remettrait en avance à l’assuré dans le besoin et que ce dernier remettrait au médecin en guise de paiement des honoraires. En effet, le patient peut difficilement prévoir les consultations médicales dont il aura besoin, rendant tout autre moyen d’avance des frais par les caisses difficile à mettre en oeuvre. Le risque, pour le Pr Balthazard est que l’assuré, disposant de chèques d’un certain montant, demande au médecin de s’en contenter, laissant à ce dernier peu de possibilité de dépasser le tarif de responsabilité des caisses. Mais, comme le fait remarquer le Pr Balthazard, c’est donc bien là le tarif de responsabilité qui présente plus de danger que les chèques. Rappelons encore que le système des assurances sociales “solvabilise” la part la plus modeste de la société qui, de toute manière, par le passé, n’aurait pas eu les moyens de payer la consultation. En ce sens, le tarif de responsabilité, même si le médecin devait s’en contenter pour les assurés aux ressources les plus faibles, ne constituerait pas un manque à gagner pour lui. C’est un inconvénient toutefois bien modeste du chèque, qu’il faudrait bien accepter, le Pr Balthazard en convient.

Certains syndicats ne semblent pas vouloir courir le risque et demande à ce que l’indemnité journalière de maladie soit appliquée dans tous les cas et non pas seulement dans la situation où syndicats et caisses n’auraient pas réussi à s’entendre sur un contrat. Cela était prévisible. Beaucoup de syndicalistes semblent soutenir cette modification tout en émettant d’importants doutes - c’est le cas du Dr Cibrie - sur la possibilité de l’obtenir.[1422]

Un autre point semble susciter quelques inquiétudes, nous l’avons déjà évoqué. Il s’agit de l’apparente confusion dans le nouvel article 4 entre tarif de responsabilité et prix de l’acte médical. S’ils devaient être confondus cela pourrait

1418 Ibid., p. 98. Le Pr Balthazard reprend les propos du Ministre Louis Loucheur.
1419 Ibid., p. 216. Selon la CSMF.
1420 Le contenu de ce projet de règlement d’administration publique n’est pas publié par la CSMF et n’a pas pu être retrouvé dans d’autres sources.
1421 Ibid., p. 98.
1422 Ibid., p. 102.

laisser supposer que le prix de l'acte se limiterait au tarif de responsabilité des caisses qui pourrait devenir opposable au médecin. Plusieurs syndicalistes demandent donc qu'une précision soit apportée au texte de loi sur ce point afin qu'il ne puisse pas y avoir confusion et sans doute également afin de garantir les propos du Ministre affirmant que les tarifs ne seraient pas opposables.

Après une longue discussion sur ces points, un ordre du jour est voté et adopté à l'unanimité, reprenant les modifications demandées lors de l'assemblée générale de la CSMF de 1930[1423], tout en admettant que la dernière rédaction de l'article 4 a globalement donné satisfaction au corps médical.[1424] Il faut toutefois noter que certains syndicalistes estiment que la rédaction du §4 del'article 4, par les termes "avancé ou remboursé", laisse encore une porte entrouverte à ce qu'ils assimilent à un tiers payant.[1425] Pour le secrétaire sénéral, Dr Cibrie, vouloir faire inscrire dans la loi l'entente directe stricte comme seule modalité de paiement des honoraires serait demander l'impossible. Celui-ci ira même jusqu'à menacer de démissionner : "*Mais si vous voulez demander l'impossible, Messieurs, j'aurais voulu ne pas le dire, mais j'y suis bien obligé, je vous demanderai de confier à un autre, dès aujourd'hui, le soin d'obtenir ce que nous ne pouvons pas obtenir nous-mêmes.*"[1426] Encore une fois cela montre, malgré l'image d'unité affichée par la Confédération, les divergences d'opinion au sein du syndicalisme pouvant à tout moment menacer l'obtention d'un accord avec l'Etat. Par ailleurs, l'intransigeance dont avait fait preuve par le passé le Dr Cibrie au sujet du paiement direct semble s'être éloignée, sans doute dans un but de conciliation au sein de la CSMF, probablement aussi vis-à-vis du Ministre afin de ne pas perdre les avantages précédemment obtenus.

1423 Cf. précédemment.
1424 Ibid., pp. 113 - 114.
1425 Ibid., pp. 115 - 116.
1426 Ibid., p. 116.

Chapitre 13. - La loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales et l'accord avec la CSMF[1427]

13.1. L'opinion publique, les assurances sociales et le corps médical à la veille des débats parlementaires

A l'approche de l'examen du projet de loi rectifiant la loi du 5 avril 1928 au Sénat, la presse traite abondamment des problématiques qu'il soulève. Pierre Leclerc, dans son ouvrage sur l'histoire de la Sécurité Sociale, retranscrit certains articles de presse de l'époque parmi les plus significatifs[1428]. Ils nous renseignent sur l'état de l'opinion publique à la veille des débats parlementaires.

Certains milieux manifestent toujours une réticence, voire une franche hostilité, à la loi. C'est ainsi que le journal d'extrême droite *L'Ami du Peuple*[1429] publie une série d'articles hostiles au projet de loi, car il estime qu'il porte atteinte à la liberté des travailleurs qui n'auraient plus la possibilité de disposer de leurs gains, ceci s'apparentant à une sorte de mise sous tutelle d'une partie de la population en ce qui concerne la santé. Par ailleurs, il dénonce le risque de fraudes par "*ceux qui ne veulent pas travailler, les fainéants*"[1430] et rejoint ainsi les idées de certains médecins allemands, en partie reprises par le corps médical français.

Le journal *Le Temps*[1431], politiquement situé au centre et proche du milieu ouvrier, est également critique vis-à-vis du projet de loi et regrette le caractère obligatoire de l'assurance, "*intolérable"*[1432] et *"contraire à l'esprit réel de prévoyance*"[1433].

Nous pourrons encore citer la "Fédération des églises protestantes de France", qui sous la plume du Pasteur Marc Boegner, dénonce, dans une lettre adressée à M. Louis Loucheur, les injustices induites par ce système d'assurance : "*Il est indispensable de veiller à ce que le devoir de solidarité ne devienne pas une charge presque exclusivement supportée par les courageux et les consciencieux au profit de ceux qui sont prêts à exploiter au maximum les possibilités que leur offrira la loi…*"[1434] C'est à nouveau le risque d'"abus", au sens large, qui est ici pointé du doigt.

1427 Nous ferons abstraction ici de la question de la réorganisation du système hospitalier que nous avons déjà abordée précédemment.

1428 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 293 - 296.

1429 Pierre Leclerc indique en note de bas de page n°1 p. 293, que ce journal fût fondé en 1928 par le parfumeur François Spoturno, encore connu sous le nom de François Coty, qui mena, comme l'indique Pierre Albert dans son ouvrage intitulé "Histoire de la Presse", "*des campagnes assez incohérentes autour d'idées vaguement inspirées du fascisme italien*".

1430 *L'Ami du Peuple*, journal, numéro du 26 janvier 1930.

1431 Pierre Leclerc nous apprend en note de bas de page n°1 p. 294, qu'en 1929, ce journal est devenu la propriété du Comité des Houillères et du Comité des Forges.

1432 *Le Temps*, journal, numéro du 24 janvier 1930.

1433 Idem.

1434 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 296.

Les milieux patronaux semblent, pour la plupart, plus modérés, reconnaissant les avantages du système, mais craignant une augmentation des charges sociales que la production française ne pourrait pas supporter. Le milieu agricole développe des revendications similaires, qui avaient conduit à d'importantes manifestations au lendemain du vote de la loi de 1928.[1435] Inquiets du poids des charges sociales induites par les assurances, les agriculteurs en avaient fait appel à la Chambre d'agriculture qui avait étudié et préciser les revendications pour finalement aboutir à un accord avec le Ministre du Travail.[1436]

Enfin, certains milieux se montrent tout à fait favorables au projet de réforme des assurances sociales. Les milieux mutualistes souhaitent le voir appliqué le plus rapidement possible et affirment être soutenus par la CGT et la Confédération des travailleurs chrétiens.

Le journal "*Le Populaire de Paris*", organe de presse des socialistes, souligne également les nombreux avantages des assurances sociales en terme de prévention, d'accès aux soins et, plus généralement, de santé publique. C'est par ailleurs l'un des seuls organes de presse non spécialisés à aborder le problème des rapports avec le corps médical : "*On ne peut le nier, l'assurance sociale est une expérience collectiviste. Collectiviste de fait, j'entends et non de doctrine, collectiviste par nécessité, devant l'inéluctable poussée de l'évolution de la société. Mais au sein de cette expérience collectiviste on a maintenu une organisation individualiste des soins médicaux. Tout le malaise vient de là.*"[1437] Cette idée est prisée dans le numéro suivant : "*D'ailleurs existe-t-il un libre choix, qu'on nous lance trop à la tête ? L'ouvrier parisien va-t-il lorsqu'il est malade trouver un professeur de faculté ? Et même lorsque le médecin de quartier est trop cher pour lui, choisit-il l'interne qui va l'examiner à la consultation de l'hôpital ? Choisit-il le chirurgien qui va l'opérer ? Que l'on ne vienne pas réclamer le maintien de choses qui n'existent même plus.*"[1438] Ces deux articles sont des plus intéressants pour notre travail. Ils montrent que la position intransigeante du corps médical sur certains points, notamment le libre choix, a pu lui donner une image négative dans certains milieux sociaux. Mais il faut souligner que le libre choix ne semble pas se concevoir de la même manière pour les médecins et les milieux politiques socialistes : les premiers y voient un moyen d'accéder à l'entente directe et de se construire une identité libérale, alors que les seconds se placent d'avantage sur le terrain de l'accès aux soins. Mais les socialistes ne semble pas dupes, sentant bien que le "libre choix" n'a sans doute pas tout à fait l'objectif que lui attribuent les médecins. Aussi ce journal assimile-t-il sans doute l'organisation individualiste des soins à l'entente directe, qui s'inscrit directement dans le colloque singulier entre le médecin et le malade et qui,

1435 Ibid., p. 297. C'est ce que rappelle le Dr Chauveau en introduction des débats devant le Sénat.
1436 Idem.
1437 *Le Populaire de Paris*, journal, numéro du 31 janvier 1930.
1438 *Le Populaire de Paris*, journal, numéro du 9 février 1930.

aux yeux de certains, occulte parfois la dimension sociale à une plus large échelle de la prise en charge médicale.

13.2. La discussion du projet de loi devant le Sénat

La discussion du projet de loi, rectifiant la loi du 5 avril 1928, débute au Sénat le 6 mars 1930, dans une France relativement prospère que la crise de 1929 n'a pas encore touchée. Les modérés sont au pouvoir depuis quelques mois et M. Pierre Laval[1439] - socialiste, initialement proche des milieux ouvriers - a récemment été nommé Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale dans un cabinet présidé par M. André Tardieu.

Les débats sont suivis de près par la CSMF.[1440] Notons que, contrairement aux projets de loi précédents, et pour des raisons liées à la focalisation de l'action syndicale sur des revendications très précises, la CSMF n'effectue plus d'analyse par article. L'attention des syndicalistes porte ainsi sur plusieurs points de l'article 4 que nous allons rappeler brièvement.

En premier lieu, ils demandent l'éclaircissement des modalités de paiement des honoraires[1441], notamment des termes "*avancé ou remboursé*"¨- qui font référence aux tarifs - présents dans l'article 4. Ce point fait par ailleurs l'objet d'un long débat concernant l'intégration des tarifs dans les contrats entre les syndicats et les caisses[1442], sans qu'aucune décision claire ne soit prise, montrant les divergences d'opinions au sein de la Confédération.

Par ailleurs, ils souhaitent la suppression, si possible, des chèques ou bons ayant la valeur d'un acte médical, au profit de chèques ayant une valeur monétaire[1443]. Sur ce point, le Ministre ne semble exprimer aucune opposition. Mais il existerait des difficultés de mise en oeuvre, dans la mesure où les caisses pourraient être réticentes à avancer aux assurés de l'argent pouvant être gardé ou utilisé à d'autres fins que la santé.[1444] Après une longue discussion, les syndicalistes admettent la possibilité d'un paiement par chèque remis aux assuré par les caisses.[1445]

L'inscription du secret professionnel dans la loi est également réclamé, bien que la CSMF admette avoir déjà satisfaction - d'une manière générale - sur ce point,

---

1439 Fervent socialiste à ses débuts, Pierre Laval a été longtemps proche des milieux ouvriers. Il est élu maire d'Aubervillier en 1923. Il deviendra président du Conseil des ministres de janvier 1931 à février 1932, puis Vice-président du Conseil sous Vichy, de juillet à décembre 1940, et, enfin, chef du gouvernement de Vichy d'avril 1942 à août 1944.

1440 C'est ce que la Confédération affirme, sans toutefois retranscrire ces débats.

1441 CSMF, *Le Médecin de France*, 1929., pp. 216 - 217.

1442 Ibid., pp. 228 - 240.

1443 Ibid., p. 217.

1444 Idem.

1445 Ibid., pp. 219 - 226.

dans la mesure ou aucun article du projet de loi ne semble violer ce principe[1446]. Il en va de même pour la liberté thérapeutique.[1447]

En introduction des débats parlementaires, M. Emile Sari présente un avis au nom de la Commission sénatoriale de l'administration générale, départementale et communale, qui souligne l'importance du projet et rappelle son objectif originel :

> "*Nous considérons ce projet comme l'une des plus grandes lois sociales du siècle. Il n'est pas possible qu'une démocratie puisse se désintéresser de la situation de ses membres au moment où elle doit, pour assurer son avenir, soutenir des luttes continuelles dans l'ordre économique. L'avenir des nations n'est pas, comme certains font profession de le soutenir, dans une lutte des classes désagrégeant le corps social et dressant face à face en ennemis perpétuels, ces frères de chaque jour : le capital et le travail.*
>
> *La cohésion des forces intellectuelles, ouvrières et capitalistes, productives de richesses nouvelles, doit être en collaboration permanente, pour assurer au maximum le rendement du pays considéré, et lui permettre de soutenir la concurrence de ses voisins.*
>
> *Mais alors que le capital-finance, sous toutes ses formes, est susceptible d'être conservé et même d'être accumulé, la capital-travail, au contraire, peut subir des déperditions importantes en raison de la fragilité de l'organisme humain. Il y a donc, à la base des assurances sociales, une question humanitaire, conditionnée par une question économique.*
>
> *La nation française se doit à elle-même - et d'ailleurs, sur ce point, d'autres nations lui ont montré le chemin - de concevoir une organisation sociale défensive contre ce qui est susceptible d'amoindrir la valeur du capital-travail.*"[1448]

Il nous semblait important de rappeler ici un des objectifs fondamentaux de ces assurances, dans une société actuelle où bien peu de gens se rappellent encore l'époque où elles n'existaient pas. De plus en plus souvent, dans l'imaginaire commun, l'assurance maladie semble exclusivement rattachée au bien-être social, bien plus qu'aux considérations économiques qui en sont pourtant le fondement.

Puis, c'est au tour du Dr Chauveau, rapporteur du projet, de retracer l'évolution depuis le vote de la loi de 1928. C'est ainsi qu'il évoque les longs débats entre les forces en présence, dont le corps médical :

> "*La situation, messieurs, allait s'aggravant. Les pourparlers avec le corps médical, malgré l'autorité, l'habileté, la souplesse bien connues du ministre et les relations amicales de nos collègues n'avait pas encore abouti à l'entente recherchée. [...]*

1446 Ibid., pp. 217 - 218.
1447 Ibid., p. 218.
1448 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 296 - 297.

Un grand effort vient d'être réalisé pour adapté la réforme aux conditions particulières de l'heure, pour donner encore satisfaction aux "forces sociales". A l'industrie et au commerce, une palier de 8 % avec toutes les prestations normales de la loi ; l'invalidité à la charge de l'Etat. A l'agriculture d'abord la professionnalisation de l'assurance aux mains des mutuelles ; concours important de l'Etat, pour assurer avec des versements réduits, aux travailleurs de la terre, les prestations normales de la loi. A la mutualité, ses derniers desiderata sur les caisses. Au corps médical, dont la considération confiante et dévouée est indispensable, la formule qui le satisfait. Au pays tout entier un véritable palier adaptant les charges aux possibilités du moment."[1449]

Il nous faut encore citer l'intervention de M. Lucien Voilin, sénateur socialiste, qui réponds à certaines critiques des assurances sociales, émanant de l'opinion publique, mais aussi du corps médical. Pour la plupart, elles reprennent celles mentionnées par le Dr Liek dans son ouvrage sur les méfaits des assurances sociales en Allemagne : le risque d'abus, l'augmentation de la bureaucratie et, plus indirectement, l'augmentation du coût de la vie. Voici donc les propos de M. Voilin, en ce qui concerne un grief particulièrement repris par les médecins, à savoir le risque de soi-disant abus :

"*La première critique, c'est que la loi de 1928 devait encourager la paresse, provoquer la fraude : de nombreux salariés, bénéficiaires de la loi, préféreraient être malades, disait-on, grâce à la complicité de quelques médecins, et s'arrêter de travailler pour recevoir des prestations en nature et en argent.*

Certes, je ne dirai pas que l'application de la loi ne révélera pas de fraudeurs. Je crois cependant que le texte voté par les deux Chambres comportait déjà des garanties précieuses : tout d'abord, la gestion était confiée aux mutualités, le contrôle était confié aux assurés eux-mêmes, il y avait le moins d'étatisme possible dans l'organisation des assurances sociales. Le contrôle exercé dans ces conditions représente déjà une garantie qui fait défaut à l'organisation des assurances en Allemagne… A cette garantie s'ajoutait le délai de carence de cinq jours… ; de plus, au bout du sixième jour, l'assuré ne touche que le demi-salaire…"[1450]

La référence faite à l'Allemagne laisse supposer que le député a eu connaissance des écrits des médecins de ce pays et peut-être de l'ouvrage du Dr Liek.

En ce qui concerne l'augmentation du coût de la vie[1451], le député Voilin admet qu'il est difficile de faire des prévisions, tant les facteurs qui doivent être pris en compte sont multiples et tant il est difficile de trouver un lien de cause à effet entre

1449 Ibid., pp. 297 - 299. Passage souligné par nous.
1450 Ibid., p. 300.
1451 Idem.

tel facteur et telle conséquence. Il rappelle que le coût de la vie augmente déjà, alors que les assurances sociales ne sont pas en vigueur.

Enfin, il estime la “bureaucratie” nécessaire[1452] à la gestion d’un système couvrant des millions d’assurés et qui nécessite une administration à sa dimension. Il rappelle qu’il a souvent été reproché à l’administration, dans les milieux parlementaires, d’être réfractaire aux progrès et s’étonne donc, au moment où elle fait appel aux statistiques et aux calculs, que cela lui soit également reproché. Le recours à de nombreux fonctionnaires serait donc indispensable à la bonne application de la loi, avec des frais de gestion et d’administration oscillant pour la mutualité entre 7 et 14 %[1453].

Si, à gauche, nombre de députés font l’éloge de la loi, à droite, les parlementaires se veulent plus prudents. C’est le cas notamment du sénateur François Saint-Maur, d’avantage favorable à la charité privée et à la famille, à une organisation moins unitaire et adaptée aux risques socio-professionnels de chaque catégorie de travailleurs, et à une application progressive de la loi.[1454]

Le 12 mars 1930, M. Pierre Laval, récemment nommé Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, s’exprime devant le Sénat afin de rappeler les enjeux majeurs de la loi et sans doute d'apaiser certains esprits. Il introduit ses propos en ces termes :

> “*Messieurs, nous ne sommes pas devant l’inconnu. Si la France a persévéré dans un régime de prévoyance libre, les pays étrangers ont adopté, les uns après les autres, un système d’assurances sociales à base obligatoire, Bismarck en a doté l’Allemagne ; M. Lloyd George, l’Angleterre.*
>
> *Je sais bien que les expériences étrangères ne peuvent être transportées dans notre législation qu’avec une extrême prudence. Mais les populations de nos départements français, du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, sont protégées par un système complet d’assurances sociales et elles y sont si profondément attachées que, quelques critiques qu’on ait pu adresser à ce système, on ne saurait y toucher sans soulever les plus vives et les plus émouvantes protestations.*
>
> *Ceci, messieurs, est de nature à nous rassurer tant sur les bases actuarielles, passez-moi ce mot barbare, de la loi sur les assurances sociales, que sur les répercussions qu’elle peut avoir sur l’activité économique du pays.*”[1455]

Voici donc résumées les expériences “étrangères” dont il était bon de rappeler l’influence dans les milieux médicaux, comme dans les milieux parlementaires. Nous passerons sur les propos du Ministre ne concernant pas

1452 Ibid., pp. 300 - 301.
1453 Ibid., p. 301.
1454 Ibid., pp. 301 - 302.
1455 Ibid., p. 303.

spécifiquement le corps médical, et que lecteur pourra retrouver dans l'ouvrage de Pierre Leclerc[1456]. Pierre Laval en arrive donc aux revendications de la CSMF :

"*Emue des critiques dont la loi sur les assurances sociales a été l'objet de la part de ceux qui doivent en être les auxiliaires indispensables et vigilants - j'entends parler des médecins - votre commission*[1457] *a recherché avec le groupement national des syndicats médicaux de France les termes d'un accord. En l'état actuel des textes qui vous sont soumis, on peut affirmer que la situation des médecins de France se trouve être plus favorable que dans tous les autres pays où est appliqué le régime des assurances sociales.*

Au principe du libre choix du médecin, s'ajoute, clairement exprimé cette fois, la liberté absolue des tarifs. Et je tiens à dire que dans ces conditions, nous pouvons espérer que le corps médical comprenant toute la valeur de ces concessions, apportera aux organismes d'assurance une collaboration loyale et confiante et qu'en particulier il s'efforcera, nous n'en doutons pas, de rapprocher le plus possible les tarifs réels des tarifs de responsabilité. Pesant mes mots, j'ajoute que s'ils ne le faisaient pas, nous irions tout droit à la faillite morale de l'assurance maladie, peut-être même à la faillite de la loi tout entière."[1458]

Par ces propos, le Ministre suggère notamment que le corps médical n'a pas toujours avoué le fondement réel de ses revendications, à savoir le paiement direct. Nous rappellerons, au risque de nous répéter, que le paiement direct, associé au libre choix, forme le socle de l'identité libérale. Il faut encore noter que, comme semblait le craindre le corps médical, le tarif syndical en viendra sans doute à se confondre avec le tarif de responsabilité des caisses, sous la pression du gouvernement et par le jeux de la concurrence. Pourtant, à la lecture des archives syndicales, la CMSF ne semble pas s'émouvoir des propos du Ministre, peut-être parce que, comme l'avait souligné le Dr Cibrie, à trop vouloir en demander, le corps médical prendrait le risque de tout perdre.

Enfin, nous reprendrons un dernier point de l'intervention du Ministre, et que ce dernier considère comme essentiel, à savoir l'équilibre financier. Il concerne directement les médecins :

"*Des orateurs ont déclaré qu'il ne fallait pas promettre plus qu'on ne pouvait tenir*[1459]*. Or, l'institution d'un tarif de responsabilité apporte une garantie nouvelle. Il a le mérite, en effet, d'assurer de façon plus solide l'équilibre financier des caisses d'assurance puisque, en définitive, il pourra être fixé d'après les ressources réelles de ces caisses.*

Cette précaution ajoutée au ticket modérateur et au délai de carence qu'il ne faudra pas réduire et que vous connaissez tous, n'étaient pas inutile,

1456 Cf. bibliographie.
1457 Il s'agit de la Commission d'hygiène du Sénat.
1458 Ibid., p. 305. Passages soulignés par nous.
1459 Le Ministre fait directement référence aux promesses faites aux syndicats médicaux.

au moment où, par suite de l'abaissement des cotisations, par suite de la limitation du prélèvement sur les salaires dans les classes les plus élevées[1460]*, les ressources des caisses se trouvaient nécessairement diminuées et nous touchons ici, messieurs, au point capital du problème.*"[1461]

En effet, il semblait impossible d'établir un budget pour les caisses, et plus globalement pour l'assurance maladie, en se basant sur des tarifs dont le montant était fixé librement par le corps médical. Le tarif de responsabilité semble donc faire office de compromis entre le paiement direct réclamé par les médecins et les impératifs budgétaires du gouvernement. On notera que les propos du Ministre laissent supposer que ce tarif n'est pas opposable au médecin, ce dernier étant libre de demander au patient des honoraires supérieurs. Pour ce qui est du "ticket modérateur", nous rappellerons qu'il était souhaité par de nombreux médecins, pour qui le fait de laisser une partie du coût des soins à la charge du malade responsabiliserait les assurés et, surtout, les rapprocherait de la "clientèle ordinaire". Enfin, en ce qui concerne le délai de carence, les voeux du Dr Decourt de la CSMF, semble-t-il nettement influencé par les écrits de certains médecins allemand, paraissent avoir été entendus.

Bien qu'un peu longue, et pour en finir au sujet des débats au Sénat, il nous faut encore citer l'intervention d'un député, le Dr Labrousse, qui évoque de façon très intéressante, et quelque peu nouvelle, la situation des médecins vis-à-vis de la loi :

"*Messieurs, en plein accord avec la quasi-unanimité des médecins sénateurs, dont pas un n'est contre la loi, j'ai l'honneur d'appeler l'attention du Sénat sur un certain nombre d'observations et sur la déclaration ci-après.*

Au cours de la discussion de la loi sur les assurances sociales, maintes fois les orateurs ont répété : "La loi des assurances sociales sera ce que les médecins voudront qu'elle soit. Si bien que cette aphorisme est devenue une sorte d'axiome qui, lui-même, de par son exagération, s'est transformé en sophisme et nous apparaît, à nous médecin, comme singulièrement dangereux.

En toute vérité, la loi sera ce que, à l'oeuvre, l'empirisme, l'expérience, l'énergie constructive du gouvernement, la clarté administrative, monsieur le ministre, la civilité du contrôle et la morale individuelle de l'assuré la feront. Il serait donc injuste de jeter ultérieurement en pâture le corps médical aux déceptions qui surgiraient soit chez les bénéficiaires, soit chez le législateur lui-même.

1460 Cette limitation a probablement été demandée par certaines catégories socio-professionnelles dont les risques vis-à-vis des assurances sociales étaient moindres que pour d'autres catégories plus fragiles. On peut penser que le patronnât et les agriculteurs en font partie, eux qui avaient dénoncé des charges sociales trop élevées pouvant peser sur l'économie.

1461 Ibid., p. 305.

Ce rôle de bouc émissaire surchargé de tous les échecs prévisibles, le monde médical ne saurait l'accepter et nous tenons à dégager sa responsabilité sur quelques points essentiels : répression de la fraude, difficulté du contrôle et multiplication des frais.

Laissons de côté, méprisons l'infini minorité des médicastres pirates qui pourraient se faire les complices de la fraude. Mais, en dehors d'eux, quelle erreur de croire qu'un médecin peut dans tous les cas empêcher, dévoiler ou même dépister la fraude ! La médecine légale est rarement positive et affirmative. L'exercice de la médecine n'ai pas l'application d'une science exacte, mais bien un art incertain. Au jeu de cet art concourent les sensations auditives, visuelles, tactiles du praticien, sensations limitées, faibles et ténues, même avec l'amplification que donne les appareils modernes ; sensations qu'il faut coordonner et que l'intelligence doit synthétiser et interpréter.

Je vous demande, messieurs, de suivre mon raisonnement. En matière d'accident du travail, nous trouvons un fait matériel, le traumatisme, directement appréciable dans ses effets, dont la réalité est rarement discutée, entraînant le plus souvent des désordres mécaniques et extérieurs. Et pourtant la fraude est le plus souvent indécelable. Que sera-ce donc dans la loi des assurances sociales ou nous sommes en pure médecine ? L'évolution d'une maladie est déjà ancienne lorsque nos sensations appellent l'interprétation des premiers signes ; la maladie n'est pas forcément terminée, la douleur n'est pas forcément abolie, quand nous n'en percevons plus les symptômes. Cela est mêmes si vrai qu'il nous est scientifiquement impossible d'affirmer la mort dès sa venue, puisque de celle-ci il n'y a pas de signe spécifique. Quand commence le cancer ? Où finit une pleurésie ?

On voit donc les écueils qui peuvent se présenter. Les difficultés de la limitation du temps de maladie et du délai de traitement sont de nature à favoriser la fraude, et ce, dans l'absolue bonne foi du médecin et dans la puissance égale du contrôle et de l'expertise.

Or, en clientèle, en dehors de la très rare faute lourde, le médecin n'est responsable que vis-à-vis de sa conscience. Dans la loi sur les assurances sociales, avec les droits que la loi donne à l'assuré, le médecin devient, dans certaines conditions, responsable vis-à-vis de l'assuré et vis-à-vis de la caisse.

La clientèle est indulgente à l'erreur de diagnostic. On se rend compte qu'elle fait partie du bagage scientifique (Sourires), qu'elle est la rançon exceptionnelle de la clairvoyance habituelle du praticien dans le domaine si complexe et si divers de la pathologie humaine.

Mais quelle sera la réaction de l'assuré en présence d'une erreur de diagnostic qui lui fera perdre son temps, son demi-salaire, ses droits ?

D'où des exigences nouvelles que vont essayer de combler évidemment des précautions plus nombreuses de la part du médecin : réserve sur les premiers signes observés, allongement des délais d'observation, de traitement, de convalescence, multiplication des visites, des frais.

De plus, nous avons inscrit, pour l'assuré, le droit à tous les examens spéciaux. En pratique, quelle forme ce droit va-t-il revêtir ? Il y a la mystique des rayons X ; les examens du sang se vulgarisent : certaines recherches cliniques vont devenir systématiques, au bénéfice d'ailleurs de la santé publique.

Mais quelle responsabilité pour le médecin qui se refusera à ces examens de laboratoire exigibles par des malades que ne vont plus tracasser les angoisses du lendemain et qui ont désormais le temps et les moyens de se soigner ! (Mouvements.)

Responsable, coupable, peut-être aux yeux de l'assuré, sera le médecin qui n'aura pas fait toutes les analyses dans le début, qui n'aura pas suspecté la bacillose, recherché des actions spécifiques, dépisté une fièvre éruptive dont, pourtant, l'incubation peut durer plusieurs semaines.

La loi est la loi : le corps médical appliquera, mais il tient à vous prévenir que la note des frais sera élevée (Mouvement divers) et il refuse à l'avance l'épithète de dilapidateur des fonds des caisses. Là encore, il dégage sa responsabilité...

… Ceci précisé, nous voterons le projet de loi, convaincus que le corps médical s'emploiera à son application, d'un coeur loyal est unanime.

La Liberté que nous lui avons jurée reste garante de sa dignité professionnelle qui se fût sûrement amenuisée dans un fonctionnarisme outrancier. Quelle corporation pourrait mieux comprendre les devoirs civiques qui dictent cette loi ? Il suffit de se retourner vers le passé.

Ah ! messieurs, chez le médecin de jadis, quelle vie, et quelle servitude ! Je songe surtout à la foule anonyme des praticiens de nos campagnes, il y a à peine cinquante ans. Leur tendresse d'âme s'épuisait au seul bénéfice d'une humanité égoïste et dispersée. Le souci de la science désintéressée que d'âge en âge leur avais transmis les maîtres était leur but essentiel, la fierté de l'école et de leur profession tenait lieu d'honoraires. (Très bien ! Très bien !)

Quelle pitié se dégage de la lecture des livres de comptes des médecins de campagne avant la loi sur l'assistance médicale gratuite ! Il y avait en chacun d'eux du Vincent de Paul assaisonné souvent de Rabelais, je le veux bien, mais le client trouvait cela fort beau, fort utile, fort naturel. (Sourires.)

Puis, un jour, la vie plus difficile conduisit leur existence matérielle du douteux clair-obscur où elle se traînait à la féconde lumière de la mutualité, de la solidarité et du syndicat.

Au seuil de leur sort nouveau, les médecins ne sauraient avoir oublié que, jusqu'à hier, dans le particularisme et l'isolement, la simple sympathie payait le plus ordinairement leur science, leur conscience, leur effort et que leur charité souriante dans sa propre misère, pouvait vaincre la douleur, mais non la pauvreté et l'avarice des hommes épars. C'est par la solidarité qu'ils sont arrivés à des conditions de vie matérielle qui, pour être en ces temps nouveaux plus heureuse et plus juste, ne contredisent en aucun point la tradition de probité, de délicatesse et de discrétion de notre profession. (Très bien ! Très bien !)

Cette loi sur les assurances sociales élargit, réalise, humanise le principe de solidarité d'où le corps médical tient sa fortune.

Messieurs, nos confrères sauront répondre à la loi et à l'attente du pays."[1462]

Nul besoin de beaucoup de commentaires ici, tout médecin pouvant être juge au regard de l'exercice actuel de la profession. Tout juste pourrions-nous résumer les propos du sénateur en ces termes : le corps médical français ne sera en aucun cas responsable des conséquences néfastes des assurances sociales.

Finalement, le 15 mars 1930, le Sénat vote l'article 4 sans modification[1463] et adoptera, lors de la séance du 22 mars, le projet de loi en entier par 255 voix pour et 17 voix contre[1464]. Ce vote intervient alors que M. Pierre Laval, nouvellement nommé Ministre du Travail et succédant à M. Loucheur, avait affirmé son soutien au corps médical lors d'une entrevue avec la CSMF le 12 mars. Il en va de même pour le rapporteur, Dr Chauveau, qui renonce - selon la CSMF - à tout ce qui faisait obstacle au corps médical dans cet article.

La CSMF semble avoir bon espoir que la Chambre des députés complète l'article 4 avec ses revendications, rendant ainsi - selon la Confédération - la loi applicable[1465].

13.3. La discussion du projet devant la Chambre des députés

La CSMF ne publie pas en détails ces débats dans *Le Médecin de France*. Il nous faut donc à nouveau nous tourner vers l'ouvrage de Pierre Leclerc[1466] pour

1462 Ibid., pp. 307 - 310. Passages soulignés par nous.
1463 CSMF, *Le Médecin de France*, 1930, p. XXXV. La CSMF, à cette date, dit toutefois ne pas avoir eu connaissance du texte de loi tel que voté par le Sénat.
1464 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 310.
1465 Idem.
1466 Ibid., pp. 310 - 365.

connaître leur contenu, qui s'avère particulièrement long. Nous tâcherons donc d'en faire un résumé.

Le 17 avril 1930, les députés abordent la discussion générale du projet. Le Dr Edouard Grinda, auteur du projet de loi - portant son nom - de 1920, et rapporteur de celui de 1923, débute par une présentation générale, dont il nous faut reprendre certains extraits :

> "*Sans insister sur les péripéties de ce projet de loi, je rappellerai que la Chambre et le Sénat, par quatre votes presque unanimes, ce qui est exceptionnel dans les annales parlementaires, ont manifesté leur ferme volonté d'inscrire définitivement dans notre code la plus grande réforme sociale de notre époque.*
>
> *Ces votes établissent d'une façon indispensable que la loi des assurances sociales n'a aucun caractère politique ; elle est une oeuvre de salut public à laquelle tous les partis ont tenu à s'associer. Ce serait singulièrement méconnaître sa portée sociale que de la considérer comme une loi de distribution de soins : elle contient tout un programme de défense de la santé publique, de préservation de la race, de pacification et d'éducation du peuple. (Très bien ! Très bien !)*"[1467]

Après ces remarques générales, il en arrive aux relations avec le corps médical :

> "*La perspective d'une médecine sociale collective avait soulevé de vives appréhensions dans le corps médical qui, connaissant les tares de l'organisation médicale allemande instituée en Alsace et en Lorraine, en redoutait l'introduction dans nos lois.*
>
> *Guidés par le souci de l'intérêt social considérable qui s'attache au maintien du prestige et de l'autorité du médecin, nous nous sommes efforcés de n'apporter aucun trouble dans l'exercice de la profession, d'en respecter les usages, les traditions et d'en sauvegarder les intérêts matériels.*
>
> *Nous sommes restés en contact permanent avec les représentants du corps médical et avons suivi avec la plus vive attention les débats qui ont eu lieu dans les groupements syndicaux. Nous avons aujourd'hui la satisfaction profonde de déclarer que le texte qui vous est soumis réalise l'entente définitive, indispensable à la bonne exécution de la loi et à l'équilibre financier des caisses : le corps médical apportera aux organismes d'assurance sa collaboration vigilante, loyale et confiante. (Très bien ! Très bien !)*"[1468]

Il réaffirme ainsi les propos du Ministre quand à l'approche d'un accord avec le corps médical, sans en méconnaître les enjeux profonds. Nous noterons encore le soutien que le Dr Grinda témoigne à la mutualité, soutien de longue date, alors que

1467 Ibid., p. 311. Passage souligné par nous.
1468 Ibid., p. 313. Passages soulignés par nous.

la loi donne à celle-ci un rôle central dans la formation des caisses et l'organisation des assurances.[1469]

Puis il conclut son intervention, en soulignant le retard de la France en matière de prévoyance sociale, et avance quelques chiffres[1470] qu'il ne sera pas inutile de reprendre. Selon lui, la France est un des pays où l'on meurt le plus. Au cours des dernières discussions sur le budget du travail, des statistiques impressionnantes auraient été soumises. La mortalité en France serait supérieure de plus de 20 %[1471] à celle des pays dans lesquels fonctionnent les lois d'assurances sociales. Pour les hommes de 15 à 35 ans, la mortalité serait le double de la mortalité allemande. En Alsace et en Lorraine, le nombre de décès serait de plus de 20 %[1472] inférieur à celui du reste de la France.

Le reste des débats retranscrits par Pierre Leclerc ne fait pas spécifiquement appel aux relations avec le corps médical ; nous ne ferons donc que citer les principaux points abordés. Toutefois, étant donné que l'article 4 du projet sera modifié par les députés, il est improbable que cette question n'est pas été soulevée. C'est ce que confirme le Dr Cibrie en faisant mention de débats parlementaires - probablement à la Chambre - au sujet de l'article 4, paragraphe 7[1473].

En premier lieu, on notera l'intervention virulente du député Georges Beaugrand[1474], du parti communiste, contre les "*partis bourgeois et social-fascistes*"[1475], qui appelle les travailleurs à lutter contre la loi. Selon lui, les ressources des assurances sociales devraient être constituées, en dehors des contributions de l'Etat par des versements entièrement à la charge de l'employeur. Un amendement est d'ailleurs proposé en ce sens, mais rejeté. Tout juste rappellerons-nous ici que Bismarck, dans son projet initial d'assurances sociales en Allemagne, soutenait que, pour que le système soit efficace, les assurés ne devaient pas verser de cotisations ; mais certaines de ses motivations étaient certainement bien différentes.

M. Xavier Vallat, orienté à gauche demande, quant à lui, à ce que l'épargne individuelle et l'assurance contre la vieillesse, l'invalidité et la maladie soient organisées sous le contrôle de l'Etat, dans le cadre des professions et des régions.[1476]

D'autres interventions plus techniques, sur le champ d'application de la loi, l'organisation administrative, le recours au système de capitalisation ou de

1469 Ibid., p. 311.
1470 Ibid., p. 313.
1471 Toutefois, il faudrait également considérer la valeur absolue pour savoir si cette valeur de 20 % est réellement significative.
1472 Même remarque.
1473 CSMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1930, p. 497. Voir plus loin dans notre travail les commentaires du Dr Cibrie en ce qui concerne ces débats parlementaires.
1474 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 314.
1475 Idem.
1476 Ibid., p. 319.

répartition, les rapports entre les assurances sociales et la santé publique, méritent d'être citées.

En ce qui concerne le champs d'application de la loi, du point de vue des personnes comme des prestations, c'est l'application à l'agriculture qui a le plus été discutée, allant d'un retard dans une application uniforme à une application immédiate et générale de la loi, en passant par une application progressive et par régions.[1477] Le plafond d'assujettissement (ou plafond d'affiliation) fait lui aussi l'objet de discussions, de même que les prestations, avec un débat autour du caractère obligatoire ou facultatif de l'adhésion en ce qui concerne certains risques.[1478]

On note également plusieurs interventions qui concernent la place de la mutualité dans le système d'assurances. Tout porte à croire qu'elle sera importante, tant l'attachement de nombreux parlementaires à la mutualité semble fort.[1479]

Un débat, concernant spécifiquement le risque vieillesse, s'ouvre également entre les partisans de la capitalisation et les partisans de la répartition, aboutissant à un amendement proposant d'avoir recours aux deux systèmes à parts égales.[1480]

Enfin, les députés évoquent les liens entre les assurances sociales et la santé publique. C'est le Dr Grinda qui prend la parole : "*Un progrès social comme celui que marque cette réforme ne saurait être retardé. Au cours du débat de vendredi dernier, tous les orateurs ont mis en lumière les conséquences désastreuses, humiliantes pour la France, dues à la carence de la législation française dans l'organisation de l'hygiène sociale et de la médecine préventive.*"[1481] Mais certains députés, comme par exemple Henri Laniel, contredisent le Ministre en affirmant qu'il n'y a pas de lien de cause à effet et que la répartition par âge, notamment, n'est pas la même en France et dans d'autres pays d'Europe, notamment l'Allemagne.[1482]

La Chambre des députés adoptera le projet le 23 avril 1930 par 547 voix pour et 29 voix contre, avec certaines modifications. Le projet modifié est renvoyé au Sénat et voté le 25 avril. Le même jour, la Chambre adopte définitivement la nouvelle loi sans apporter de nouvelles modifications.[1483] Elle sera finalement promulguée le 30 avril 1930.

13.4. Les principales modifications apportées par la Chambre

Dans son numéro d'avril 1930, la CSMF publie les principales modifications apportées par la Chambre et qui concerne les rapports avec le corps médical.

1477 Ibid., p. 325.
1478 Ibid., pp. 330 - 331.
1479 Ibid., pp. 335 - 338.
1480 Ibid., p. 342.
1481 Ibid., p. 347.
1482 Ibid., pp. 348 - 349.
1483 Ibid., p. 365.

L'article 4, point central de la lutte syndicale des médecins, est ainsi modifié, selon la Confédération :

"*"La part contributive garantie par les Caisses, sous réserve des conditions de réassurance prévue à l'art. 33, dans le prix de l'acte médical, est établi par les Caisses, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région. Cette part contributive est avancée ou remboursée par la Caisse à l'assuré. [...]"*

Cette modification à la rédaction du Sénat portant "le prix de l'acte médical fixé par les Caisses [...]" avait été demandée par l'Assemblée générale [de la CSMF, NDLR] de décembre.

Au § 5, une addition proposée par M. Robert Thonmyre a été apportée, réalisant un plafond de responsabilité dans les frais médicaux et pharmaceutiques. Cette addition parait être de nature à gêner les médecins marrons ou les malades qui abusent. Elle ne parait pas devoir apporter une gêne quelconque à l'exercice de la médecine honnête.

Le § 7 a été modifié, à notre avis, dans un sens péjoratif[1484]*. En cas de non convention avec les syndicats médicaux, les Caisses pourront :*

"[...] soit prendre à leur charge une part forfaitaire du prix de tout acte médical dans les conditions d'un tarif de responsabilité établi par elles et verser à l'assuré malade ou ses ayants droits une indemnité forfaitaire journalière de soins pour les maladies ne comportant ni intervention chirurgicale ni hospitalisation."

L'indemnité journalière de soin n'est donc plus applicable à notre volonté seule, puisque la Caisse garde le choix entre les deux modalités ci-dessus indiquées."[1485]

Toujours selon la CSMF, les autres modifications apportées seraient les suivantes[1486] :

"*A l'art. 6, nous avions demandé - et une première fois la Commission de la Chambre l'avait refusé à l'unanimité moins une voix - que l'organisation et le fonctionnement technique des établissements de Caisse soient réalisés par les Syndicats médicaux.*

Après démarche à la dite Commission, du Président et du Secrétaire général de la Confédération, la Commission a accepté un texte transactionnel qui est le suivant :

"L'organisation et le fonctionnement technique des Etablissements fondés par les Caisses seront réalisés par les Conseils d'administration des Caisses, après avis des Syndicats médicaux intéressés, lorsque les Syndicats auront passé une convention collective avec les Caisses. Celles-ci

1484 Cf. précédemment pour la version antérieure du § 7.

1485 CSMF, *Le Médecin de France*, 1930., pp. 366- 367. Passages soulignés par nous. Les citations ont été tronquées par la CSMF.

1486 La CSMF ne communique toutefois pas les versions précédente, rendant difficile l'analyse des archives syndicales sur ce point.

devront demander par lettre recommandée l'avis des Syndicats intéressés, lequel devra être donné dans un délai d'un mois. En cas de désaccord, les syndicats pourront, dans le délai fixé ci-dessus, saisir la Commission tripartite, prévue à l'art. 7, § 5, laquelle statuera dans un délai de deux mois."

Cet alinéa est ajouté au § 1 de l'art. 6. [...]

Art.[1487] *- Le § 4 règle les prescriptions médicamenteuses de la façon suivante :*

"Les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins, avec mission d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés.

Une Commission spéciale sera prévue au règlement d'administration publique, avec mission d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés."

Au § 5, nous avons obtenu que la Chambre rétablisse la part, qui nous avait été retirée par le Sénat, de nos représentants à la Commission tripartite."[1488]

Exception faite du paragraphe 7 de l'article 4, la CSMF semble avoir enfin obtenu satisfaction sur l'immense majorité des points faisant encore l'objet de revendications, notamment les tarifs et le taux de responsabilité, le paiement direct, l'organisation technique par les syndicats et l'habilitation, la représentation syndicale. Seul demeure un différent au sujet des modalités à suivre en l'absence de convention entre un syndicat et une caisse.

Puis la CMSF retranscrit intégralement ce qui est sans doute le passage le plus important du texte de loi aux yeux des médecins, à savoir le paragraphe 4 de l'article 4 :

"*§ 4. - La part contributive garantie par les caisses, sous réserve des conditions prévues à l'article 33, dans le prix de l'acte médical, est établie par les caisses, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région.*

Cette part contributive est avancée ou remboursée par la caisse à l'assuré ; elle est inscrite, ainsi que les modalités d'application de la loi et toutes autres conditions jugées utiles, dans les conventions passées entre les caisses et les syndicats professionnels.

Les caisses ne pourront passer des conventions qu'avec des syndicats professionnels habilités par leurs groupements nationaux, cette habilitation devant être approuvée par le conseil supérieur des assurances sociales.

Dans le cas où un avis défavorable à l'habilitation aurait été donné par le groupement national intéressé, le syndicat professionnel pourra faire appel

1487 Une faute de frappe dans l'article de la CSMF ne nous permet pas de savoir de quel article il s'agit précisément.

1488 Ibid., p. 367. Passages soulignés par nous. Cette fois, la citation a été tronquée par nous.

devant la section médico-pharmaceutique du conseil supérieur des assurances sociales. Au cas où cette section confirme l'avis du groupement national, il n'y a pas lieu à habilitation. Dans le cas contraire, il est prononcé sur l'habilitation, comme il est dit plus haut, par le conseil supérieur des assurances sociales."[1489]

13.5. Le contenu de la loi[1490]

Nous allons aborder, en premier lieu, le cercle des assurés. Le plafond d'affiliation est abaissé à 15 000 fr. par an, sauf dans les villes de plus de 200 000 habitants où il est maintenu à 18 000 fr. Ce chiffre est augmenté de 2000 fr. par enfant à charge et passe à 25 000 fr. à partir de 3 enfants ou plus. Il n'y a plus de diminution prévue pour les salariés sans enfant à charge. L'affiliation cesse à l'âge de 60 ans, soit l'âge de la retraite, comme dans la loi de 1928.

Les régimes spéciaux issus des lois de 1898 et 1919 sont maintenus. Il n'y a pas de modifications fondamentales en ce qui concerne les métayers et les étrangers qui résident en France. Idem pour application de la loi aux départements du Bas-Rhin du Haut-Rhin et de la Moselle.

Pour ce qui est des prestations, l'assurance obligatoire couvre toujours les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès. La nouvelle loi ne fait toutefois plus mention de l'assurance chômage. Une assurance facultative demeure possible.

Les prestations de l'assurance maladie ne sont pas modifiées. Le délai de carence reste à 6 jours, mais la participation des assurés aux frais médicaux est majorée entre 15 et 20 %. L'indemnité journalière égale au demi salaire moyen et versée en cas d'arrêt de travail est elle aussi maintenue.

Les principales prestations de maternité ne sont pas modifiées.

L'assurance invalidité prend, comme précédemment, le relais de l'assurance maladie au bout d'une durée de 6 mois ou en cas d'accident avec consolidation des blessures. Ses modalités restent inchangées par rapport à la loi de 1928.

Les assurances décès et vieillesse sont globalement maintenues dans leurs formes précédentes.

Pour ce qui est du financement, les ressources des assurances sociales sont constituées, en dehors des contributions de l'Etat, par un versement qui se voit

1489 Ibid., p. 373 - 374. Passage souligné par nous.

1490 Ce paragraphe se base sur les sources suivantes : ibid., pp. 466 - 486 et Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., pp. 170 - 171. Pour consulter les articles les plus significatifs de la loi, le lecteur pourra se reporter à l'annexe n° 14.

réduit à 8 %[1491] du montant global des salaires : 4 % à la charge de l'assuré retenus lors de sa paye et 4 % à la charge de l'employeur.

Pour bénéficier des prestations, les assurés devraient, le cas échéant, apporter la preuve du paiement des cotisations par l'employeur, ce qui pourrait les mettre dans une position peu confortable.

L'organisation administrative s'établit comme suit. La gestion des assurances est confiée à des caisses primaires, généralement départementales. Ces caisses doivent, comme dans la loi de 1928, fonctionner sous le régime de la loi du 1er avril 1898, sous réserve des dispositions de la loi de 1930. Ces caisses peuvent se regrouper en unions régionales et en fédérations nationales, notamment en vue de réaliser des oeuvres d'intérêt commun.

Mais, comme le précisent Peter A. Köhler et Hans F. Zacher dans leur ouvrage sur l'histoire de la sécurité sociale, le libre choix dont bénéficient les assurés dans le choix de la caisse conduit à une multiplication des institutions et à une extrême dispersion des efforts.

Enfin, nous en venons aux modalités de coopération avec le corps médical. Elles demeurent essentiellement régies par l'article 4.

Le libre choix du médecin reste inscrit dans la loi.

Il n'y a pas de modifications en ce qui concerne les soins donnés à domicile.

Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont toujours réglementées par des conventions. Les tarifs sont des tarifs de responsabilité des caisses et ne sont pas limitatifs. Selon l'interprétation faite de la loi par la CSMF, le tiers payant n'est plus possible et l'entente directe semble donc respectée.

Par ailleurs, selon les syndicats, rien ne semble faire obstacle au secret professionnel ni à la liberté de prescription.

13.6. L'accueil de la loi par la CSMF

13.6.1. Le corps médical globalement satisfait

Une fois n'est pas coutume, l'accueil de la loi par les syndicats sera résolument favorable. Ainsi, le Dr Hilaire de la CSMF commente les modifications apportées à l'article 4 :

> "*L'hypothèse de la collaboration n'a pas besoin de longs commentaires, parce qu'elle a été dès longtemps envisagée et qu'elle est devenue familière aux médecins. Les dispositions prévues sont d'ailleurs*

1491 10 % précédemment ; mais il ne semble plus exister de somme maximale.

celles de la loi de 1928, accommodées toutefois aux deux principes nouveaux qui y ont été introduits : l'entente directe et l'habilitation.

Il y a donc convention passée, et par conséquent débattue, entre caisse et syndicat. Le syndicat doit être habilité. Les honoraires sont payés par l'assuré au médecin, selon la demande de celui-ci, et remboursés à l'assuré selon un tarif qui fixe la part contributive de la caisse dans chaque acte médical. Le contrôle technique appartient au syndicat. La convention doit être approuvée par la Commission tripartite.

Cette organisation est dominée par le principe de la convention ; elle représente assez bien l'état de mariage, avec son contrat. Chacune des parties est liée à l'autre, chacune a des droits et des obligations : avantages et inconvénients, garanties et dépendances. A aucun moment, le contact entre syndicat et caisse n'est perdu ; mais il peut y avoir des frictions. Aussi la convention doit-elle prévoir et régler toutes les modalités de la vie commune : le projet de convention établi par la Confédération[1492] *ne comprend pas moins de vingt-cinq articles. Ainsi, les détails d'application, au lieu d'être abandonnés à l'initiative de la caisse, sont réglés d'un commun accord et portent l'empreinte du syndicat.*"[1493]

La CSMF précise que l'entrée en application de la loi est prévue au 1er juillet 1930, laissant au Ministre le temps de régler les questions matérielles et, pour la CSMF, d'établir une version définitive de convention.

Plus loin dans les archives syndicales, dans le numéro de mai 1930 du *Médecin de France*, le Dr Cibrie commente le texte de loi, en adoptant un découpage thématique particulièrement intéressent. L'article, dont nous ne reprendrons que les parties les plus significatives, mérite d'être cité car il donne une bonne idée de la façon dont la loi rectificative est accueillie par la CSMF :

"*HABILITATION. - … les contrats avec les caisses ne pourront être passés que par des syndicats habilités par des groupements nationaux.*

On évite ainsi le danger de voir quelques médecins peu scrupuleux, ne présentant aucune garantie professionnelle ou morale, créer des syndicats destinés à faire de la médecine des assurances une véritable exploitation.

Toutefois, pour ne pas donner au Corps Médical organisé une sorte de monopole, dans le cas où un avis défavorable à l'habilitation aurait été donné par le groupement national, le syndicat professionnel exclu pourrait faire appel devant la sous-section médico-pharmaceutique de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Les groupements nationaux auxquels est confiée l'habilitation comprennent tous les praticiens - spécialistes ou non - et non les groupements nationaux de spécialistes : urologues, radiologues, etc. Au cas

1492 Il s'agit de la CSMF.

1493 CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 374. Passages soulignés par nous.

où des groupements nationaux multiples[1494] *existeraient, ils seraient représentés dans une commission mixte au prorata de leurs membres.*

LIBRE CHOIX. - Le libre choix du médecin est inscrit dans la loi. Les Caisses n'auront pas le droit de désigner un ou plusieurs médecins auxquels serait réservé le monopole des soins.

C'est "la liberté de confiance" réclamée par les malades et par les médecins pour leur sauvegarde réciproque.

Elle est pleinement justifiée.

ENTENTE DIRECTE. - L'assuré choisit librement son médecin et paie directement ses honoraires, c'est la pratique normale de la profession médicale. Le "tiers-payant", c'est-à-dire le paiement direct des honoraires par la Caisse, est supprimé dans le texte qui vous est soumis.

Cette disposition a fait l'objet d'ardentes controverses dans le Corps Médical et dans les Commissions parlementaires.

Dans les textes précédents, caisses et syndicats pouvaient adopter dans leurs conventions le paiement des honoraires par la Caisse elle-même ou par les assurés. C'était "la liberté contractuelle". La Confédération des Syndicats Médicaux a fait de la suppression du tiers-payant une condition formelle de sa collaboration.

Votre Commission a estimé avec le Gouvernement et la Haute-Assemblée que la doctrine du Corps Médical pouvait être adoptée sans inconvénients.

La Caisse garanti à l'assuré une part contributive dans le prix de l'acte médical. Cette part établie par les Caisses, en tenant compte des tarifs syndicaux minima pratiqués dans la région, est inscrite dans les conventions passées avec les syndicats. Elle peut être avancée ou remboursée par la caisse à l'assuré.

Avec cette organisation le médecin ne connaîtra que son client.

Fidèle à ses traditions séculaires, il lui demandera des honoraires en rapport avec sa situation de fortune. Bien souvent, pour les plus modestes, pour les pères de famille, il se contentera du tarif de responsabilité qui doit se rapprocher dans la plus large mesure des tarifs syndicaux minima[1495]*. En compensation, le médecin pourra demander des honoraires supérieurs au travailleur aisé qui joint à un salaire élevé des revenus personnels. C'est conforme à la pratique traditionnelle de la médecine. Ainsi, rien n'est changé dans l'exercice de la profession médicale. Pas de médecine "au rabais", de médecine "en gros, en séries catalogués", à juste titre si sévèrement condamnée.*

1494 Le possibilité d'une scission syndicale ultérieure semble désormais prise en compte.

1495 Cette affirmation répond au souhait du Ministre Pierre Laval exprimé lors des débats devant le Sénat.

Les médecins traiteront leurs malades avec toute leur science et leur dévouement. A leur chevet, dans le silence de leur cabinet, pour étudier les cas épineux ou inquiétants, ils leur consacreront tout le temps nécessaire. [...]

CONTRÔLE TECHNIQUE. - Le contrôle technique a été confié aux syndicats de praticiens. En cas de désaccord entre l'assuré, le médecin ou la caisse, l'arbitrage est confié à une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné suivant les cas, soit par la caisse, soit par l'assuré, et par un médecin désigné par le Juge de Paix, ou par le Président du Tribunal civil, s'il s'agit d'une incapacité permanente. La Caisse exerce un contrôle sur l'ensemble des services, les administrations hospitalières sur les services.

Ces dispositions assurent le respect absolu du secret médical.

Le contrôle technique par les syndicats constituera également une garantie efficace contre les abus provenant des assurés ou des médecins. Nulle discipline n'est plus rigoureuse que la discipline corporative ; nous en avons de nombreux exemples (avocats, notaires, avoués, syndicats). En attendant la création, que nous souhaitons prochaine, d'un ordre des médecins, nous pouvons compter sur la vigilance des syndicats médicaux. Dans les soins donnés aux mutilés, les abus ont complètement disparu depuis que les syndicats médicaux ont assumé la charge du contrôle.

SECRET PROFESSIONNEL. - … Pour le contrôle technique, les caisses pourront faire appel aux syndicats de praticiens, dont les indications ne porteront jamais atteinte au secret professionnel.

REPRÉSENTATION DANS LES COMMISSIONS. - Les praticiens sont représentés dans tous les organismes d'assurance conformément au voeu de la Confédération des Syndicats médicaux. [...]

LIBERTÉ DE THERAPEUTIQUE. - Ici, j'abandonne le texte de M. Grinda, une modification ayant été apportée à la suite d'amendements présentés par MM. Vincent et par MM. Amat et Philippe Marcombes au texte proposé par la Commission.

Le texte voté prévoit une liste de spécialités qui sera évidemment difficile à établir. Tout dépendra de la façon dont le Conseil d'Etat réglera la nomination des membres de cette Commission et il est probable qu'une retouche rapide de ce texte devra être réalisée sous peu.

Cette Commission, pour juger équitablement, devra comprendre un certain nombre de représentants des pharmaciens détaillants, des fabricants de spécialités, des syndicats médicaux."[1496]

L'accueil de la nouvelle loi semble donc très favorable dans le milieu médical. Aux dires du Dr Cibrie, toutes les revendications des syndicalistes auraient été satisfaites, exception faite du § 7 de l'article 4 (sur lequel nous allons revenir), de certains points de détails concernant la liberté thérapeutique et de certaines

1496 Ibid., pp. 429 - 435.

imprécisions concernant l'hospitalisation[1497]. Pouvoirs publics et syndicats médicaux ne semblent donc jamais avoir été si près d'un accord total.

13.6.2. Les débats au sujet du paragraphe 7 de l'article 4

Concernant l'article 4, § 7, rappelons tout d'abord qu'il prévoit, qu'en cas de désaccord entre les syndicats et les caisses, une indemnité journalière forfaitaire de soins soit versée à l'assuré. Avec l'argent de cette indemnité, l'assuré pourrait notamment payer le médecin, respectant l'entente directe. Mais certaines organisations puissantes, dont la CGT, s'opposent au paragraphe 7 et demandent sa modification profonde voire sa suppression pure et simple. Par ailleurs, pour bon nombre de parlementaires, l'indemnité forfaitaire présente le risque d'un gaspillage de l'argent par l'assuré et n'est pas proportionnel au risque[1498]. Le Dr Cibrie commente ainsi les débats parlementaires ayant eu lieu sur ce point :

> "*L'opinion parlementaire est que l'argent doit aller au médecin et au pharmacien. D'autre part, nous avons contre nous des organisations puissantes, et notamment la C.G.T., qui avait fait présenter au Sénat un amendement tendant à la suppression du paragraphe 7. Nous avons du insister très vivement pour que cet amendement ne fût pas soutenu par une partie de la Commission ; nous avons eu gain de cause, mais difficilement.*
>
> *A la Chambre, M. Grinda est d'accord pour soutenir ce paragraphe. Quant à M. Antonelli, le Secrétaire général a eu une longue conversation avec lui. M. Antonelli, après avoir déclaré que la C.G.T. ne voulait pas de ce forfait, a indiqué qu'il chercherait un texte transactionnel. Ce texte, il l'a présenté hier matin à la Commission d'hygiène de la Chambre ; mais M. Grinda a obtenu que la Commission ne prenne pas de décision avant d'avoir l'avis de la Confédération.*
>
> *D'après la rédaction de M. Antonelli, les Caisses pourraient, soit prendre à leur charge une part forfaitaire du prix de tout acte médical dans les conditions d'un tarif de responsabilité établi par elles-mêmes, soi verser à l'assuré l'indemnité forfaitaire comme le prévoit actuellement le paragraphe 7.*
>
> *La raison de cette attitude est que les socialistes ne veulent pas que les Caisses - qui peuvent être patronales, professionnelles ou autres - puissent faire des économies sur le dos des assurés ; ils voudraient qu'elles puissent rembourser à l'assuré tant par consultation ou visite médicale.*
>
> *A ce texte, nous pourrions faire ajouter : "Non opposable au médecin.".*"[1499]

1497 En ce qui concerne l'organisation du système hospitalier, le lecteur pourra se reporter à l'étude que nous en avons faite précédemment dans notre travail.
1498 Ibid., p. 502.
1499 Ibid., p. 497.

Le Dr Cibrie demande ensuite l'avis du Conseil de la CSMF sur la nouvelle rédaction du paragraphe 7, dite "rédaction Antonelli", Conseil qui émet principalement les objections suivantes : "*le triomphe du médecin marron [...] ; la perte, par la Confédération, du bénéfice de l'habilitation.*"[1500] La CSMF n'explique que peu ces arguments qui, de toute évidence manquent ici d'une certaine clarté. Mais il ressort globalement que la Confédération craint de perdre le contrôle qu'elle avait sur le système d'assurance. En effet, s'il est vrai que certains médecins, pour multiplier les bénéfices, pourraient être tentés de multiplier les actes, en l'absence d'accord entre les syndicats et les caisses, ce phénomène échapperait à tout contrôle. Toutefois, pour beaucoup de syndicalistes, il convient de ne pas s'attarder inutilement sur un point qui ne devrait concerner que des situations exceptionnelles, le projet de convention en cours de discussion devant permettre de contracter avec un maximum de caisses[1501]. Le 11 mai 1930, l'ordre du jour suivant est adopté par la CSMF :

> "*La Confédération des Syndicats médicaux demande, d'une part, qu'un organisme soit prévu pour arbitrer les cas où un contrat n'aurait pu être établi entre une caisse et le Syndicat départemental habilité et, d'autre part, que la première hypothèse prévue au § 7 de l'art. 4 ne puisse jouer qu'au cas où le Syndicat départemental habilité n'accepterait pas l'application du contrat-type de convention syndicat-caisse ou l'arbitrage ci-dessus prévu.*"[1502]

Les débats au sein de la Confédération n'ayant pas amené de solution précise concernant le paragraphe 7, il faut donc amener le maximum de syndicats et de caisses à trouver un terrain d'entente, et c'est en ce sens, semble-t-il, que cet ordre du jour est rédigé.

13.7. Le règlement d'administration publique et la convention

Le 30 juin 1930 est publié au journal officiel le règlement d'administration publique[1503] portant application de la loi du 30 avril 1930. Ce règlement semble donné satisfaction aux syndicalistes, dans la mesure où la CSMF n'exprime pas de critiques particulières à son égard.

Dans la foulée, la CSMF publie la convention-type[1504] entre les syndicats et les caisses, pour les soins effectués au domicile du patient ou du médecin. Cette convention exclue donc le cas où l'assuré serait hospitalisé, étant donné les incertitudes sur ce point. Elle résulte des travaux de la CSMF, modifiée par la Commission Consultative ministérielle.

1500 Ibid., p. 498.
1501 Ibid., p. 560.
1502 Ibid., p. 562.
1503 Cf. annexe n° 15.
1504 Cf. annexe n° 16.

A cette convention-type, la CSMF demande plusieurs modifications. Elle réclame, notamment, l'exclusion des médecins étrangers[1505]. Elle demande également une rédaction plus précise et explicite du règlement en ce qui concerne le caractère non opposable des tarifs[1506] et la représentation des syndicats médicaux au sein des instances de contrôle[1507]. Enfin, elle insiste sur l'ajout d'une clause d'exclusivité obligeant les caisses à ne traiter qu'avec les syndicats habilités[1508].

Les modifications demandées seront finalement acceptées en commission plénière courant août 1930, donnant - sur ces points également - satisfaction au corps médical.

13.8. L'accord historique entre la CSMF et l'Etat

C'est finalement au terme de l'assemblée générale de la CSMF du 27 juillet 1930, qu'interviendra l'accord historique au sujet des assurances sociales, au travers de l'ordre du jour suivant :

> "*Regrettant de ne pas voir réaliser de façon plus complète certains des desiderata essentiels énumérés dans la "Charte" du Corps Médical en face des lois sociales, mais désireux de permettre l'expérience loyale du fonctionnement d'une loi sociale de cette importance, décide de collaborer "A TITRE D'ESSAI" au fonctionnement de ladite loi, à titre d'essai, c'est-à-dire : sous réserve que les principes essentiels du libre choix, de l'entente directe, de l'habilitation, etc., ne soient pas, en fait rendus caducs ou inopérants et que les desiderata émis par l'Assemblée concernant les garanties d'hospitalisation figureront dans le rapport annexé à la Convention Hospitalisation.*"[1509]

L'ordre du jour est adopté par 13 001 voix contre 1 668, avec un nombre total de 14 669 votants.

Si la CSMF accepte désormais la collaboration à la loi sur les assurances sociales, c'est avec la plus grande prudence et non sans une certaine amertume. Certains points de la loi paraissent incertains dans leur interprétation et leur application. C'est notamment le cas de l'hospitalisation des assurés, et du paragraphe 7 de l'article 4, concernant la prise en charge des assurés en cas de désaccord ou de non-accord entre les syndicats médicaux et les caisses. Seule l'épreuve du fonctionnement de la loi semble pouvoir permettre de préciser progressivement ces points et de déterminer si les quelques craintes qui subsistent pour corps médical sont justifiées ou non.

1505 Ibid., p. 615, note de bas de page n°1.
1506 Ibid., p. 618, note de bas de page n°1.
1507 Ibid., p. 619, note de bas de page n°1.
1508 Ibid., p. 619, note de bas de page n°3.
1509 Ibid., p. 639.

C'est finalement le Dr Decourt, dans le "Propos du la Quinzaine", intitulé "*Collaboration Loyale*" et publié dans *Le Médecin de France* de septembre 1930, qui résume le mieux les déterminants de l'accord intervenu. Étant donné son importance capitale, nous le retranscrivons intégralement :

"*Le 27 juillet 1930 restera une date mémorable dans l'histoire du syndicalisme médical. Ce jour-là, l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français a décidé la collaboration à la loi des assurances sociales, sous la réserve que, dans la suite, on ne reviendra pas sur ce qui a été décidé, et qui s'accorde avec les principes énoncés dans la "Charte" du Corps Médical français.*

C'est, en somme, un essai loyal qui est tenté pour adapter à l'assurance-maladie la profession médicale, en gardant à celle-ci l'indépendance nécessaire à toute profession libérale.

Sans doute, par le fait même qu'il y aura convention entre syndicat médical et caisses, tout praticien soignant des assurés sociaux devra suivre certaines règles, s'astreindre à certaines formalités, accepter même le contrôle du syndicat, à l'occasion, et s'incliner parfois devant certaines sanctions - et cela qu'il soit syndiqué ou non…

Serait-ce là une atteinte à sa liberté professionnelle ? Pas plus, semble-t-il, que n'est restreinte la liberté individuelle du citoyen par les lois et règlements de son pays, ni même par le Code, qu'il soit civil ou pénal.

Dans tout groupement humain civilisé, il faut admettre certaines restrictions à la liberté illimitée. C'est la chose inhérente à l'état de groupement même, la liberté de tout individu se heurtant à celle du voisin et devant "composer" avec elle afin de n'y jamais porter atteinte, grâce à une adaptation nécessaire à toute vie en commun.

Une "adaptation" analogue s'impose, pour le Corps Médical, alors que l'assurance maladie obligatoire va entrer en vigueur en France. Comme citoyens, nous avons le droit d'avoir notre opinion sur l'opportunité et l'utilité de cette loi. Comme médecins, nous ne pouvons que constater son existence, ainsi que les modifications qu'elle peut entraîner, par la suite, dans l'exercice de notre profession.

Ces modifications sont inéluctables. Mais seules sont acceptables par nous celles qui sont compatibles avec l'exercice d'une médecine saine, honnête, et dans laquelle le praticien ait conscience de pouvoir, sans gêne aucune, donner à son malade les soins les meilleurs.

C'est dans cet esprit que fut conçue notre "Charte" médicale. Elle doit être et rester intangible, non seulement - comme on s'est plu à le dire - dans l'intérêt du médecin, mais avant tout et surtout dans l'intérêt des malades eux-mêmes.

Ceci étant proclamé, convenu et accepté par tous, qu'il s'agisse du Parlement, des Caisses ou des Assurés sociaux, nous devons à notre tour

accepter de faciliter de tout notre coeur l'application de la loi, et nous adapter aux conditions nouvelles de cette médecine d'assurance sociale, médecine de collectivité au point de vue des prestations en nature et en espèce, qui vient remplacer la médecine individuelle d'auparavant.

C'est que le médecin est, en pratique, la cheville ouvrière de la loi d'assurance-maladie. Au point de vue "soins médicaux", c'est une vérité de La Palisse. Mais au point de vue de l'incapacité de travail, donc des journées à payer et de la future "situation financière" des Caisses, c'est encore lui - en pratique, je le répète, qui sera juge, le plus souvent, de cette durée de l'incapacité de travail.

L'assurance-maladie sera prospère ou non - viable ou non - selon l'attitude des médecins praticiens.

Et ceci fait précisément la gravité de cette question pour le Corps Médical lui-même, par suite des "réactions de défense" inévitables des Caisses, au cas où celles-ci se trouveraient dans un Corps Médical délibérément hostile à la vitalité de ces Caisses.

Les charges que leur donne la loi sont formidablement lourdes, puisque, au lieu de procéder par étapes, prudemment, on n'a pas craint d'assurer d'un seul coup tous les risques. Et même, rien que pour l'assurance-maladie, avec la seule cotisation de l'homme, on assure, les services médicaux à toute la famille - y compris les accouchements, les spécialistes, les hospitalisations, etc., tout ce qui reste, en Grande-Bretagne, par exemple, en dehors de l'assurance-maladie.

Donc les Caisses auront des charges très lourdes. Elles deviendraient intolérables, s'il s'y ajoutaient des abus par trop grands - abus auxquels, seul ou presque, le médecin est à même de remédier, dans la grande majorité des cas.

Or, pour lutter contre les abus, avec l'aide du médecin, il y avait deux méthodes. La première, usitée en trop de pays à l'heure actuelle, est, pour la Caisse, d'avoir un Corps médical à soi, des médecins-fonctionnaires, des "médecins de caisse", sorte d'adjudants de quartier montant la garde contre tout "écart" de la part des assurés.

L'autre méthode consistait à faire confiance au Corps Médical syndiqué et lui demander de se charger lui-même du contrôle des abus d'ordre médical, en collaboration avec la Caisse, qui se chargerait des abus d'ordre administratif, principalement à propos des journées à payer.

Il est facile de se rendre compte que les abus du premier ordre sont générateurs de ceux du second… et cela même sans collusion entre un praticien et un assuré. D'où l'importance, pour la vitalité même de la Caisse, d'un contrôle syndical sérieux, bien organisé, opérant.

C'est cette deuxième méthode qu'a choisie le Parlement, sous l'influence et l'action du Corps Médical syndiqué.

Nous n'avons pas voulu devenir des "médecins de caisse" comme la grande majorité des praticiens en certains pays. Nous voulons conserver notre indépendance. Pour cela, il fallait s'adapter à la situation nouvelle. C'est fait… mais à condition, en conservant nos droits, que nous acceptions les devoirs imposés par cette situation même.

Il faut que, dans chaque syndicat, soient effectuées des modifications de statuts pour créer des ressources en vue d'un service de contrôle sérieux et actif. Il faut un Conseil de Famille solide, respecté de tous. Il faut que des confrères tiennent à l'honneur d'être désignés par leurs pairs pour remplir le rôle difficile de médecins de contrôle. Il faut enfin que ce rôle soit rempli avec toute la confraternité, tout le tact, mais aussi toute la fermeté nécessaires…

Si le Corps Médical syndiqué ne répondait pas à la confiance qu'on a mise en lui, s'il faisait faillite à cette mission de contrôle qu'on a remise entre ses mains, il y aurait à penser que, par la force des choses, la première méthode reviendrait à l'esprit des législateurs, sous la poussée des Caisses puissantes, et peut-être aussi de l'opinion publique…

Nous lutterions bravement pour conserver notre indépendance, c'est entendu… Mais, à l'heure actuelle, quelles raisons aurait un syndicat médical pour entrer en lutte contre les Caisses ?

Que l'idée de collaboration loyale soit donc, actuellement, dans notre esprit à tous. Lors de l'établissement de notre contrat syndicat-caisse, présentons-nous, non pas le poing, mais la main tendue.

Si les Caisses avaient des exigences intolérables, il serait temps de revêtir notre armure de combat. Mais nous ne devons pas envisager, a priori, cette éventualité : d'un côté comme de l'autre, faisons montre de cordialité et de désir d'entente. La lutte est stérile, la collaboration féconde…"[1510]

Ainsi se clôt un chapitre de l'histoire des assurances sociales. L'Etat et le corps médical ne s'opposent plus ; l'heure est à la collaboration, malgré une certaine prudence de la part de la CSMF. Pour les syndicalistes, il n'est plus temps de débattre s'il faut accepter ou non les assurances sociales, mais de participer activement à leur mise en application, tout en préservant les acquis durement obtenus.

Les assurances sociales sont un système en perpétuelle construction, car, comme tout ce qui touche à l'humain, elles nécessitent des adaptations permanentes, notamment au gré des changements socio-politiques, économiques et épidémiologiques. Il serait donc vain de vouloir déterminer une frontière nette entre construction et fonctionnement immuable.

C'est donc par ces mots du Dr Decourt, montrant parfaitement l'état d'esprit dans lequel intervient l'entente entre le corps médical syndiqué et le pouvoir politique, que nous clôturons notre étude. Dans ce long exposé, il conçoit bien

1510 Ibid., pp. 673 - 676.

d'avantage le 27 juillet 1930 comme le début une nouvelle étape, que comme la fin définitive de l'action syndicale.

13.9. L'application de la loi sur les assurances sociales après 1930

Il demeure tout un travail spécifique à réaliser sur l'application de la loi de 1930 sur les assurances sociales. Mais il nous paraissait toutefois intéressant de résumer certains points clés de la mise en application de l'assurance maladie, pour mieux percevoir la continuité des enjeux que nous avons étudié, au-delà de la période 1919-1930.

Malgré l'apaisement des tensions entre l'Etat et la CSMF, le développement des assurances sociales devra encore relever de nombreux défis. Notamment, au lendemain du vote de la loi qui doit entrer en vigueur le 1er juillet 1930 et produire ses premières prestations sociales le 1er octobre de la même année[1511], s'annonce un défi logistique de taille : créer un nombre suffisant de caisses en un temps record de deux à trois mois. La mutualité, qui doit jouer un rôle central dans le système d'assurance, oeuvre activement en ce sens. Mais ses relations avec le corps médical s'assombrissent fin 1930, principalement au sujet des tarifs, que la mutualité jugeait trop élevés. Inévitablement cela retarde la signature des conventions entre les syndicats de médecins et les caisses issues de la mutualité, sans toutefois remettre en cause, comme le précise le Dr Cibrie[1512], la collaboration du corps médical aux assurances sociales. Ainsi, les caisses sont forcées, dans un premier temps, de fonctionner sans conventions, c'est-à-dire sous le régime du paragraphe 7 de l'article 4 de la loi. Mais ce n'est pas le seul écueil. Selon Pierre Leclerc[1513], qui se base sur les écrits de la mutualité, certains employeurs indélicats, bien qu'ayant procédé au précompte sur les salaires des assurés, ne payent pas les cotisations aux caisses. Ces dernières seront donc longtemps placées sous le régime des avances au lieu de percevoir normalement les cotisations. Devant ces difficultés, deux députés, messieurs Dormann et Montigny, rédigent une proposition qui porte leurs noms, ayant pour objectif de "mutualiser" les assurances sociales. Mais pour le corps médical, qui s'oppose à cette réforme, cela reviendrait à mettre les assurances sociales obligatoires sous le régime de la loi de 1898 sur les sociétés de secours mutuel. La loi de 1898, prévue pour un système facultatif serait, comme le précisera le Dr Cibrie[1514], inadaptée aux assurances sociales - sauf à rendre ces dernières facultatives - et remettrait en cause certains points de la Charte médicale (libre choix, liberté thérapeutique, secret professionnel)[1515]. Il en résulte un conflit entre le

1511 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 435.
1512 Ibid., p. 451.
1513 Ibid., p. 460.
1514 Ibid., pp. 465 - 466.
1515 Ibid., pp. 466 - 467.

corps médical et la mutualité favorable à la proposition, abondamment relayé par la presse.

En dehors des relations entre la mutualité et le corps médical, les assurances sociales doivent faire face à la crise économique qui touche le France, et l'Europe, dans les années 1930. L'assurance maladie, financièrement fragilisée, fait l'objet de critiques et de projets de réformes dès 1932[1516] de la part d'une coalition des radicaux et des socialistes récemment arrivés au pouvoir. A cette occasion, l'idée d'une étatisation des assurances sociales est remise en avant.[1517] En 1933, dans ce contexte économique difficile, le Dr Hilaire présente devant l'assemblée générale de la CSMF une étude selon laquelle la "Charte médicale" serait violée par un nombre croissante de caisses[1518]. Une autre étude[1519] présentée par la CSMF à la même période mentionne l'existence de "médecins des caisses", c'est à dire de médecins désignés par les caisses et rétribués par elles pour soigner leurs patients qui ne bénéficient donc pas du libre choix. Le corps médical s'indigne contre cette pratique qui remettrait en cause l'entente directe si durement acquise.

Au début des années 1930 se réunissent également les premiers "Conseil de famille" de la CSMF, organe juridictionnel syndical, ayant pour rôle de juger les affaires de manquement à la déontologie médicale principalement dans le cadre des assurances sociales. Les premières sanctions[1520] seront rendues en plein débat sur la création d'un Ordre des médecins et la rédaction du Code de déontologie[1521].

A la fin de l'année 1933 éclate "l'affaire Stavisky", scandale financier et politique entourant l'escroc Stavisky qui, grâce à divers soutiens politiques parvient à détourner plusieurs dizaines de millions de francs de trois caisses d'assurances.[1522] S'en suivent de longs débats au début de l'année 1934 au sujet des placements financiers des caisses d'assurances et de la place du médecin dans un système étatisé.[1523] Comme par le passé, la CSMF prend position pour la défense de la médecine libérale. Par ailleurs, elle dénonce la création d'un nombre croissant de dispensaires contrôlés par les caisses et la mutualité au sein desquels des médecins donnent des soins à bas prix, voire gratuits, aux assurés. C'est dans ce contexte que le médecin, poète et romancier, Georges Duhamel prononce en avril 1934, au Collège de France, une conférence restée célèbre et reprise dans le *Médecin de France*[1524], qui rappelle notamment l'importance du colloque singulier du médecin et du malade et les conséquences néfastes du tiers payant. Il souligne également les excès de l'étatisme, alors que les pouvoirs publics se trouvent face au déficit

1516 Ibid., p. 475.
1517 *Bulletin des allocations familiales et des assurances sociales*, revue, n° 66, juillet 1932.
1518 CSMF, *Le Médecin de France*, 1933, pp. 508 - 509.
1519 Ibid., p. 429.
1520 Voir par exemple : ibid., pp. 419 - 423.
1521 En ce qui concerne la création de l'Ordre des médecins et le Code de déontologie médicale, voir notamment : ibid., pp. 435 - 481.
1522 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 490 - 491.
1523 Ibid., p. 492.
1524 CSMF, *Le Médecin de France*, 1934, pp. 687 - 705.

budgétaire des caisses - conséquences de la crise économique - et s'intéressent de plus en plus à la situation financière de l'assurance maladie.[1525] De longs débats aboutissent finalement au "décret-loi Marquet" du 15 mai 1934, du nom de son auteur, qui attribue 75 % des disponibilités des caisses de capitalisation d'assurances sociales et de la Caisse générale de garantie à un plan de lutte contre le chômage.[1526] Ce décret restreint également la liberté des placements des caisses et marque une étape dans l'étatisation grandissante du système d'assurances sociales[1527], ce que ne manquera pas de critiquer la mutualité[1528].

Fin 1934 et début 1935, devant la persistance de la crise économique et des défauts constatés dans l'application de la loi du 30 avril 1928, et à l'approche des élections législatives, se dessine l'idée d'une réforme des assurances sociales. Inévitablement, les anciennes discussions reprennent au sujet du poids des assurances dans l'économie du pays et de la place réservée à la médecine libérale.[1529] Comme précédemment, la CSMF prend position en faveur de la "médecine traditionnelle" et de l'entente directe.[1530] A cette occasion, le Dr Cibrie rappelle les difficultés à concilier médecine libérale et médecine sociale.

En cette période de crise, difficile pour les populations les plus défavorisées, la création de dispensaires est au centre de toutes les attentions.[1531] Dans *Le Médecin de France* du 1er février 1935, le Dr Cibrie réagit vivement à la création d'un dispensaire dans le quartier populaire des Batignolles à Paris, par le Colonel de la Rocque, ayant pour objectif de dispenser des soins à bas coûts aux plus modestes. Il affirme que "*quelques dispensaires nouveaux ce sont encore quelques médecins de plus, atteints par la misère*"[1532]. Les caisses, quant à elles, y verront une atteinte du corps médical à leur liberté d'investissement dans les équipements sanitaires[1533].

Bien d'autre points, notamment économiques, seront abordé dans les débats au sujet de la réforme des assurances sociales. En ce qui concerne le corps médical, deux points principaux sont sources de craintes : la diminution du remboursement de certaines spécialités médicamenteuses et l'abaissement[1534] des

1525 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 504 - 515.
1526 Ibid., p. 509.
1527 Jusque là les caisses disposaient d'une certaine indépendance, notamment en ce qui concerne leur gestion financière.
1528 Ibid., pp. 514 - 515.
1529 Ibid., p. 515.
1530 CSMF, *Propos de la quinzaine*, in *Le Médecin de France*, 1935, pp. 197 - 199. Il s'agit d'un article de la plume du Dr Cibrie.
1531 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 518.
1532 CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, pp. 109 - 110.
1533 *Bulletin de Documentation de l'Union des caisses d'assurances sociales de la région parisienne*, revue, Paris : Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne, numéro du 18 mai 1935.
1534 Le chiffre de 10% est avancé en 1935.

honoraires, dans le cadre d'une politique de diminution généralisée des dépenses.[1535] Un bras de fer s'engage alors entre la CSMF et le Ministre de la Santé[1536], les débats n'étant pas sans rappeler ceux d'avant la Première Guerre mondiale au sujet des tarifs de l'assistance.

Ce projet de réforme aboutira au décret-loi du 28 octobre 1935[1537]. Les principales modifications[1538] apportées à la loi de 1930 sur les assurances sociales portent sur la suppression de l'assurance facultative, la réduction des taux de cotisation, le mode de perception des cotisations et l'organisation administrative[1539]. En vertu des articles 6 et 8 du décret, les tarifs des prestations de l'assurance maladie et les modalités de contrôle font toujours l'objet de conventions passées entre les syndicats de médecins et les caisses d'assurance. En dehors des revendications en lien avec l'exercice libéral, que le corps médical ne cessera de réaffirmer, la CSMF n'exprimera pas de craintes nouvelles au sujet de l'assurance maladie.

Fin 1935, les effets de la crise persistant, les difficultés du pays restent entière. Pierre Laval, président du Conseil, démissionne en janvier 1936. Il cède sa place à Albert Sarraut, chargé de préparer les élections qui amèneront le Front Populaire au pouvoir quelques mois plus tard. Dans ce contexte, le décret est accueilli d'une façon globalement favorable dans les milieux ouvriers et avec quelques craintes par les caisses.[1540] Ces dernières, malgré les mesures visant à réduire les dépenses, expriment des craintes quant à leur pérennité financière, notamment en raison de la baisse des taux de cotisation et de la contribution de l'Etat. Elles regrettent également la tutelle de l'Etat, désormais étendue au travers des Ministères de la Santé et du Travail.

Au cours de l'été 1936, les salaires augmentent de 7 à 15 % en application des accords de Matignon. Pour tenir compte de cette augmentation, la loi du 26 avril 1936 relève les plafonds d'affiliation aux assurances sociales. Selon la CSMF, cela élargirait le cercle des assurés en affiliant des salariés plus aisés. Mais, selon le Dr Hilaire, dans la mesure ou l'entente directe, pour l'instant préservée, place l'assuré social "*au rang de client ordinaire*", il n'y a pas lieu de s'opposer à la loi du 26 avril.[1541] Selon le Dr Cibrie, dans une lettre adressée au Ministre de la Santé publique le 12 juin, les priorités sont ailleurs[1542] : réorganisation des centres de santé, "normalisation" du fonctionnement des dispensaires, lutte contre le charlatanisme,

1535 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 528 - 533.

1536 Voir notamment : CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, numéros d'octobre.

1537 Les extraits les plus significatifs sont publiés dans : Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 540 - 555.

1538 Comité général d'entente de la mutualité et des assurances sociales, *Les assurances sociales en France*, Paris, 1937, 161 p. Brochure éditée lors de l'Exposition internationale de Paris.

1539 Les services départementaux sont supprimés et regroupés en 15 services régionaux. Idem pour les Unions de caisses primaires regroupées en Unions régionales.

1540 Leclerc, Pierre, op. cit., pp. 593 - 606.

1541 CSMF, *Le Médecin de France*, 1936, pp. 975 - 977.

1542 Ibid., pp. 658 - 659.

réforme de la loi de 1851 sur l'assistance publique, lutte contre l'alcoolisme et le taudis et, enfin, surveillance des produits destinés à l'alimentation courante.

Mais le décret-loi du 28 octobre 1935 ainsi que la loi du 26 avril 1936 avaient rendu nécessaire l'établissement de nouvelles conventions avec les caisses. En ces temps économiquement difficiles, et malgré l'augmentation des salaires, l'avenir financier de l'assurance maladie demeure incertain[1543]. Dans un but d'économie, les caisses cherchent ainsi à mieux contrôler leurs dépenses et des dispositions perçues par le corps médical comme lui étant peu favorables sont insérées dans les conventions passées avec certaines caisses. C'est ainsi que, dans une lettre adressée aux Ministres du Travail et de la Santé, ainsi qu'aux parlementaires, datée du 12 novembre 1936, le Dr Cibrie affirme que l'exercice de la "médecine libre" subit chaque jour de nouvelles attaques[1544]. Il rappelle les difficultés que traversent les médecins des dispensaires, de plus en plus nombreux, qui exercent sous le régime de la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuel, loi qui ne respecterait pas les principes de la Charte médicale de 1927. Ainsi, il demande à ce qui le libre choix soit inscrit dans la loi de 1898 par un article additionnel, sans toutefois faire mention de l'entente directe.[1545] On notera encore, qu'en novembre 1937, la CSMF publie un tract[1546] appelant tous les médecins des dispensaires à démissionner si, à la date du 1er mars de la même année, aucune convention favorable au corps médical n'était passée avec ces établissements. Dans le texte explicatif qui l'accompagne, le Dr Cibrie demande l'augmentation des honoraires, dans les dispensaires et en dehors, et rappelle qu'ils n'auraient pas été relevés depuis plus de sept ans.[1547] Cela lui apparaît d'autant plus justifié que le pouvoir d'achat des travailleurs à récemment été amélioré consécutivement aux accords de Matignon.

Mais le corps médical devra essuyer de sévères critiques début 1938 de la part des milieux parlementaires, notamment en la personne de René Héry, sénateur des Deux-Sèvres. Celui-ci reproche aux syndicats médicaux des hausses de tarifs "*illicites et spéculatives*", qu'il qualifie de "*tarifs de coalition*", selon lui au mépris du Code pénal.[1548] L'année 1938 est par ailleurs marquée par un certain tumulte politique et connaîtra trois Ministres du Travail différents : Paul Ramadier, Albert Sérol, à nouveau Paul Ramadier et Charles Pomaret. Le Front populaire fait place aux radicaux-socialistes en la personne de Edouard Daladier. Dans ce contexte, et malgré l'hostilité de certains parlementaires, la CSMF parvient à un accord avec les

---

1543 C'est ce qu'affirme M. George Buisson dans le rapport qu'il présenta au Congrès des mutuelles ouvrières des 29 et 30 novembre 1936. (Source : CGT, *Bulletin Ouvrier des assurances sociales*, revue, n° 41, novembre - décembre 1936, p. 123.)

1544 CSMF, *Le Médecin de France*, 1936, pp. 1141.

1545 Ibid., p. 1142 - 1143.

1546 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 619. Pierre Leclerc situe ce tract dans le numéro du 1er novembre 1937 du *Médecin de France*. Toutefois, nous ne retrouvons nulle trace de celui-ci, à l'endroit indiqué, à la lecture des archives de la CSMF. Le texte qui l'accompagne est toutefois présent aux pages suivantes : CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, pp. 1043 - 1044.

1547 CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, p. 1043.

1548 CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, pp. 100 - 101.

caisses sur un relèvement des tarifs médicaux, rendu possible par une augmentation du plafond d'affiliation des assurés à 30 000 francs.[1549] Il est intéressant de constater que c'est précisément l'élargissement du cercle des assurés, contre lequel le corps médical s'était initialement battu, qui lui permet en 1938 d'obtenir une hausse de ses honoraires. Dans la circulaire de la CSMF n° 87 du 23 février 1938, le Dr Cibrie affirme que cette démarche était rendue nécessaire par l'écart considérable (jusqu'à 60 %) existant entre ce que touchent les assurés des caisses et ce qu'ils versent aux médecins. En somme, cela suggère que les "dépassements d'honoraires" ont induit un élargissement du cercle des assurés. La revalorisation des honoraires, prévue par le décret-loi du 28 octobre 1935, sera finalement inscrite dans l'arrêté du 7 octobre 1938, donnant ainsi satisfaction aux syndicats médicaux. Par ailleurs, durant l'année 1938, la CSMF n'aura de cesse de réaffirmer les revendications inscrites dans la Charte médicale de 1927.

Fin 1938 et courant 1939, sous l'impulsion de M. Doignon, directeur général de la Caisse de garantie, émerge l'idée d'un regroupement des différentes branches des assurances sociales ainsi que des lois d'assistance, sous la forme d'un service public dénommé "Sécurité sociale". Mais l'offensive allemande de 1940 et l'entrée en guerre de la France devait mettre momentanément un terme à la réforme des assurances sociales. La Sécurité sociale ne sera finalement créée qu'en 1945 par le Conseil nationale de la Résistance, selon l'ordonnance du 4 octobre de la même année. La CSMF, désorganisée par le conflit, n'est plus en mesure de défendre efficacement les intérêts du corps médical et cesse la publication du *Médecin de France*. Dans l'un derniers numéros de l'année 1939, la Confédération exprime une ultime crainte : que les médecins étrangers "prennent", comme durant le conflit précédent, "la place" des médecins français partis au front[1550]. Enfin, dans les dernières lignes des archives syndicales[1551] de l'entre-deux-guerres, la CSMF réaffirme, une fois encore, les principes de la Charte médicale, texte fondateur de la médecine libérale.

Nous n'irons pas plus loin dans l'histoire des assurances sociales, notamment en ce qui concerne les réformes entreprises par le régime de Vichy, la création de la Sécurité sociale et son histoire moderne, qui dépasse de loin le cadre de notre sujet. L'évolution ultérieure des assurances sociales est ainsi traitée dans de nombreux ouvrages. Mais il demeure tout un travail historique à effectuer sur les rapports entre le corps médical, les caisses et les pouvoirs publics, ainsi que sur le fonctionnement interne du syndicalisme médical, à partir de 1930 et après la seconde guerre mondiale jusqu'à nos jours. Les archives syndicales existent, sont riches d'enseignements et mettent en perspective les enjeux actuels des assurances sociales en général et de l'assurance maladie en particulier. Nous espérons donc

1549 Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., p. 621.
1550 CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, pp. 841 - 842.
1551 Ibid., pp. 911 - 912.

que le travail ici amorcé sera poursuivi, afin d'apporter un regard historique global et ainsi mieux comprendre la position du corps médical dans l'organisation présente et future de la protection sociale en France.

Partie V. - Conclusions et perspectives

L'objectif de notre travail était de montrer l'influence du corps médical syndiqué sur l'élaboration des lois d'assurances sociales dans l'entre-deux-guerres.

Au travers de l'étude des archives de la CSMF[1552] - seule union professionnelle de médecins à cette époque -, particulièrement riches, sur la période s'étalant de 1914 à 1930, nous nous sommes attachés à déterminer les principaux enjeux des revendications du corps médical dans les négociations entourant la transformation de la protection sociale française vers un système assurantiel obligatoire.

L'analyse que nous avons menée, permet de répondre, au moins en partie, à notre problématique, tout en révélant une complexité relativement inattendue. En effet, il est apparu que, si le syndicalisme médical français a influencé les lois de 1928 et 1930 sur les assurances sociales, l'inverse semble tout aussi vrai. L'organisation syndicale a été profondément remaniée jusque dans ses structures les plus profondes par les débats et les réflexions menées par tous les acteurs de la protection sociale en France et même à l'étranger. Par ailleurs, un certain nombre de problématiques annexes se sont révélées pertinentes à la compréhension de notre sujet, principalement la question de l'Ordre des médecins, de l'adaptation de la protection sociale préexistante et de la prophylaxie, sans oublier la réorganisation du secteur hospitalier, le tout semblant s'intégrer dans des enjeux de pouvoir à différentes échelles au sein de la profession, du cadre très général de la santé publique jusque dans la relation médecin-patient.

Mais c'est bien sûr en premier lieu à notre problématique principale que nous allons répondre, à savoir s'il y a eu influence déterminante du corps médical sur les lois d'assurances sociales.

Cette réponse, assurément affirmative bien que nécessitant recul, pondération et discernement, se subdivise en plusieurs points que nous allons détailler. En effet, outre le fait de savoir si influence il y a eu dans l'élaboration des lois, il convient de déterminer au préalable les enjeux qui la sous-tendent.

Ces enjeux s'expriment nettement dans les revendications des syndicats médicaux à l'encontre principalement de l'assurance maladie-invalidité, et ceci de façon d'autant plus intéressante que le propos est très partial voire biaisé. Ces revendications sont les suivantes : respect du libre choix du médecin et du tarif à la visite, refus plus ou moins strict du tiers payant en lien avec le respect de l'entente directe entre le médecin et le patient et respect du secret professionnel. On ajoutera, de façon plus accessoire, le respect de la liberté de prescription. Si, pour certains auteurs, dont Henri Hatzfeld, tous ces points se résument à une seule et même problématique, nous allons tout de même les détailler pour comprendre en quoi il se rejoignent.

1552 Anciennement USMF.

Le respect du libre choix est une revendication de longue date, débordant nettement du cadre des assurances sociales pour être retrouvée aussi bien dans le domaine de l'AMG que des accidents du travail ou encore de la loi des pensions. Il garantit, notamment, une libre concurrence entre les praticiens, qui constitue un des déterminants majeurs de l'exercice médical libéral et du libéralisme en général. Mais il faut toutefois préciser que cette libre concurrence ne se conçoit pas principalement par les tarifs - plus ou moins contrôlés - dans le cadre d'une économie de marché, mais bien d'avantage dans le cadre plus moralisateur du lien de confiance entre le médecin et son patient, de la déontologie et des compétences perçues par le malade. De cette façon, le choix effectué par le malade témoigne de sa reconnaissance et de sa confiance à l'égard de son médecin. Si ce déterminant peut s'inscrire dans une dynamique résolument positive et bénéfique au premier abord pour le patient comme pour le médecin, cela accroît le pouvoir de ce dernier.

Par ailleurs, il est possible que le libre choix puisse avoir un impact sur la rémunération des médecins, notamment si des tarifs, insuffisamment contrôlés initialement et portés à la baisse par la libre concurrence, servaient ultérieurement de base à des tarifs contrôlés par l'Etat. Le libre choix permet en outre de maintenir aisément le tarif à la visite sur lequel nous allons revenir.

Il existe donc probablement un double enjeu dans la revendication du libre choix exprimée par les médecins, d'une part afin de ne pas faire baisser les honoraires et, d'autre part, afin de se recentrer sur une approche déontologique sans doute plus "prestigieuse" et potentiellement source de pouvoir.

Le tarif à la visite, quant à lui, se conçoit dans l'esprit des médecins syndicalistes comme un corollaire du libre choix. Là encore, il s'agit d'une revendication ancienne, qui remonte aux lois de protection antérieures aux assurances sociales. Ce qui semble le plus fondamental dans le paiement à visite, par opposition au forfait, c'est qu'il devrait rémunérer proportionnellement au travail accompli. Et encore une fois, il s'agit d'un des fondements de l'exercice libéral. Mais encore faut-il pouvoir déterminer, si ce n'est quantifier, ce travail fourni. C'est là, notamment, la source d'âpres débats. S'agit-il du nombre de consultations ou de visites, du temps passé à soigner les malades ou encore de la qualité de la prise en charge ? L'affaire est complexe, les dérives possibles sont nombreuses.

Le plus grand reproche adressé au libre choix est qu'il pourrait tenter les médecins de multiplier les actes pour augmenter leurs revenus ; ce contre quoi l'Etat et les caisses proposent la rémunération forfaitaire. Mais, face au forfait, les médecins rétorquent qu'il pourrait nuire à la qualité des soins, puisque le médecin aurait un revenu fixe, qu'il suscite la confiance de nombreux patients ou non, qu'il travaille peu ou beaucoup.

A nouveau, le corps médical recentre le débat sur la déontologie d'avantage que sur les enjeux financiers, alors même qu'un forfait négocié suffisamment haut

pourrait être aussi - voire plus - rémunérateur que le tarif à la visite, sans compter qu'il assure un revenu stable. Mais c'est là tout le problème, ce forfait s'apparentant à un salaire si ce n'est à du fonctionnariat, conception diamétralement opposée à la conception libérale des médecins. Pour assurer le tarif à la visite, le libre choix est un outil particulièrement pertinent, puisqu'il est difficile d'imaginer un système de forfait versé aux médecins pour des patients qui peuvent changer de praticien comme bon leur semblent.

Passons au secret professionnel. C'est un enjeu déontologique et moral majeur. Personne, depuis Hippocrate, n'est en mesure de le contester. Mais être détenteur d'un secret est également source de pouvoir, ce qui ne saurait être négligé. C'est également un témoignage de confiance du malade envers son médecin, confiance en lien avec la singularité de la relation médecin-patient. Cette singularité peut être analysée de plusieurs manières, notamment à travers le prisme de la compétence du médecin et du savoir-faire médical qui implique la capacité de s'adapter à chaque situation et à chaque patient. Cela, à bien des reprises, fût qualifié "d'entente directe" par le corps médical. Bien que maintes fois il y eût débats sur le sens précis à donner à cette expression, elle désigne, au-delà des honoraires, le lien spécifique et unique entre le médecin et le patient, toujours à la base de l'exercice libéral.

L'entente directe, enfin, s'apparentant déjà quelque peu à une convergence des revendications précédentes, constitue le pivot central des débats autour des assurances sociales en général et de l'assurance maladie-invalidité en particulier. Nous l'avons dit, sa définition a été longuement débattue et jamais totalement tranchée, chaque syndicaliste lui donnant une interprétation - du moins une connotation - propre. Pour la plupart des syndicalistes, cette entente directe fait opposition au tiers payant et, en ce sens, fait directement référence au paiement des honoraires. Il ne faudrait pas pour autant croire que la question financière soit au premier plan, le Dr Lafontaine, secrétaire général de l'USMF, soulignant que la rémunération ne serait pas nécessairement inférieure avec le tiers payant par rapport à l'entente directe. Mais, au fil des débats, un nombre croissant de syndicats de médecins s'oppose à l'interposition d'un tiers - payeur en l'occurrence - entre le médecin et le patient, et entend, là encore, défendre l'identité libérale de la profession basée sur la relation entre le médecin et le patient et une certaine liberté dans les modalités de rétribution par ce dernier.

C'est ici qu'apparaît un problème de taille, à savoir le contrôle pesant sur le corps médical. En effet, le tiers payant implique un contrôle du médecin par le tiers, le premier étant payé par le second. Or, le processus de professionnalisation du corps médical, dont l'identité libérale est une caractéristique, implique l'indépendance de la profession au travers de son autocontrôle. C'est la raison pour laquelle l'USMF, puis la CSMF, demandent avec la plus vive insistance, à se voir

confier le contrôle “technique” du système d’assurances plutôt que de le voir entre les mains des caisses.

Tout contrôle devant se baser sur un règlement, les syndicats s’attachent alors à préciser les modalités de coopération entre les syndicats médicaux et les caisses d’assurance. Cela se fera au travers d’un contrat, réglant les modalités de contrôle mais aussi de paiement des honoraires, les deux étant liés. C’est ainsi que va naître une déchirure à la source de la scission syndicale de 1925, entre partisans de l’entente directe “dans les conditions de la clientèle ordinaire”, menés par le Dr Cibrie du Syndicat des Médecins de la Seine, et partisans de la “liberté contractuelle” laissant la possibilité du tiers payant, conduits par le Dr Lafontaine. L’historique des débats internes aux syndicats nous montre que les premiers, quittant l’USMF pour créer la “Fédération”, vont prendre nettement le pas sur les seconds. S’ensuivra la dissolution de l’Union et la création d’un nouveau syndicat, la CSMF, dont la ligne de conduite semble directement héritée de la “Fédération”.

Voici donc brièvement synthétisés les enjeux des revendications exprimées par les syndicats médicaux dans la construction des lois sur les assurances sociales dans l’entre-deux-guerres. Force est de constater que tout nous ramène à la défense de l’identité libérale de la profession médicale se résumant quasiment à l’entente directe. C’est ce que souligne Henri Hatzfeld, dans un remarquable exposé sur les revendications du corps médical :

> “*Défense de la qualité de la médecine. Défense de l’exercice libéral d’une profession. Ces deux objectifs du corps médical étaient liés. La qualité de la médecine dépendait de l’exercice libéral de la profession. Les Assurances Sociales étaient un attentat contre l’une et contre l’autre. La Confédération des Syndicats médicaux définit les quatre principes au nom duquel elle entendait mener le bon combat. Trois d’entre eux n’étaient, dans les faits, pas en cause (le secret professionnel, le libre choix du médecin par le malade, la liberté thérapeutique du praticien) : ils n’étaient pourtant pas inutiles, permettant d’habiller un peu une vérité trop nue, savoir qu’on ne discutait que de la liberté des honoraires, de ce que le corps médical appelle l’entente directe.*”[1553]
>
> Il ajoute, un peu plus loin :
>
> “*La question touchait-elle vraiment la qualité de la médecine française comme l’affirmaient les médecins ? On peut se le demander quand on voit combien ces affirmations étaient pauvres en explications convaincantes. Assurément le système de l’entente directe favorise entre le malade et son médecin un certain type de rapports qui donne à ce dernier un pouvoir non négligeable. Le praticien se trouve dans une position de force par rapport à son client et cette situation de force peut avoir des conséquences réelles et bénéfiques. Mais, comme l’argument se retourne aisément et comme il est*

1553 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 289.

facile de voir que le lien de l'argent peut fausser le "colloque singulier" même s'il favorise cette volonté de puissance que le médecin - comme tout homme - porte en lui ! Outre qu'il est discutable, l'argument paraît mince si l'on songe à ce qu'exige vraiment aujourd'hui la médecine pour que sa qualité soit assurée. En fait, la qualité de la médecine française brandie par les médecins contre les assurances sociales semble bien avoir servi là encore de camouflage. Le vrai problème concernait les modifications que l'assurance-maladie allait entraîner non seulement dans les revenus des médecins mais par voie de conséquence dans le mode libéral d'exercice de la profession."[1554]

Ainsi, tout les débats autour des assurances sociales semblent se résumer à la défense de l'entente directe. Mais cela devait exposer le syndicalisme à des conflits aussi bien internes qu'externes.

Pour ce qui est des divisions internes, il est aisé de comprendre pourquoi l'idéologie du Dr Lafontaine fût peu à peu écartée par les syndicalistes car elle laissait une porte ouverte au tiers payant. Il est moins évident de cerner pourquoi bon nombre de médecins ont brandit la "tyrannie syndicale" comme argument contre le Dr Lafontaine, les idées de celui-ci semblant bien moins directives et absolues, au travers de la "liberté contractuelle", que celles du Dr Cibrie. Ce second point apparaît donc, encore une fois, comme un probable prétexte, permettant de masquer une vérité manquant peut-être parfois, aux yeux de certains médecins, d'une certaine moralité.

Concernant les débats externes, la principale difficulté qu'engendre l'entente directe est l'impossibilité pour l'assureur, de payer des honoraires qu'il ne contrôle pas, au risque de ruiner l'équilibre financier du système. Ainsi, Henri Hatzfeld poursuit :

"*L'entente directe c'est-à-dire le droit pour le médecin de fixer à sa guise - selon sa conscience si l'on préfère cette formule - le montant des honoraires qu'il demande à ses clients - lesquels sont rarement tentés d'en discuter dans la situation où ils se trouvent. L'entente directe - dernier des quatre principes de la charte de la médecine libérale - est une forme particulière de contrat qui laisse à l'une des parties contractantes un pouvoir pratiquement discrétionnaire. Là gisait tout le problème. Il était évident que dans le cadre d'une quelconque assurance-maladie - socialisée ou non - l'assureur ne pouvait s'engager à prendre à sa charge ou à rembourser des frais médicaux déterminés en dehors de lui par la volonté du praticien. Il fallait que le contrat change de nature et que l'assureur y participe. Il convenait que le montant des honoraires soit fixé de telle sorte que les caisses sachent à quoi elle étaient engagées et que les assurés soient effectivement remboursés du montant de leurs frais - ou d'une part fixe de ce montant. Ceci revient à dire qu'il fallait que les médecins, au lieu de déterminer leurs honoraires avec l'accord de leurs clients, les déterminent de façon bien plus*

1554 Ibid., p. 290.

rigide avec l'accord des caisses de maladie - partenaires autrement moins souples."[1555]

Le contrôle et donc l'augmentation de la rigidité des honoraires semblaint donc inévitables, malgré le combat mené par les syndicats médicaux. Mais quelles conséquences cela devait-il avoir pour les médecins ? Encore une fois, Henri Hatzfeld nous apporte de précieux éléments de réponse :

"*Le fait que les honoraires puissent être réduits n'était pas le plus grave. L'essentiel était cette rigidité que les honoraires allaient connaître. Rigidité telle, au fur et à mesure que le nombre des assurés sociaux croissait, que les revenus des médecins cessaient d'être des revenus "variables" caractéristiques des professions libérales pour se rapprocher des revenus "fixes" caractéristiques du salariat. Dès lors devait se poser un multitude de questions. Le médecin libéral d'autrefois assurait sa promotion et son ascension professionnelle en accroissant son prestige et sa notoriété, ce qui lui permettait d'augmenter le nombre de ses clients et, lorsqu'il le jugeait bon, d'augmenter ses honoraires. Si les honoraires étaient bloqués, quel autre moyen de promotion qu'une multiplication des "actes", multiplication discutable au point de vue médical et au point de vue financier pour les organismes payeurs ? Mais quelle autre issue ? Passer de nouveaux concours ? Changer de catégorie au sein de la profession ? Voilà bien des problèmes typiques des professions salariées.*"[1556]

Défendre l'exercice libéral, par l'entente directe, n'était donc pas qu'une question de principe, cela impliquait de réels avantages, financiers certes, mais touchant surtout au niveau social, au prestige, à la notoriété et à un certain pouvoir. Toutefois, il nous faut rappeler, afin d'éviter tout jugement hâtif, que ce pouvoir fait partie intégrante de l'exercice médical, tout autant au bénéfice du patient que du médecin.

Une fois ces enjeux cernés, il paraît bien plus aisé de comprendre l'influence qu'a eu le corps médical sur la création des lois d'assurances sociales de 1928 et 1930.

Nous comprenons dès lors également mieux pourquoi le corps médical syndiqué s'est acharné jusqu'en 1930 à défendre, du moins en apparence, des principes qui lui étaient quasiment acquis dès les premiers projets de loi d'après guerre, à savoir le libre choix et le secret professionnel. Certes, il y avait la crainte de voir se reproduire les difficultés rencontrées dans le cadre de l'AMG, des accidents du travail ou de la loi des pensions qui, selon les syndicats, ne respectaient pas complètement ces principes. En ce sens, le corps médical a obtenu une situation plus favorable par rapport à ce qu'elle était antérieurement au regard de la protection sociale en France, mais sans toutefois rencontrer d'écueil majeur.

1555 Ibid., pp. 289 - 290.
1556 Ibid., p. 291.

Pour ce qui est du paiement à l'acte, il faut être plus mesuré, l'Etat ayant toujours tenté de l'englober dans une sorte de forfait plus au moins rigide. Parti du forfait par tête d'assuré et par an dans le cadre de la protection sociale non assurantielle puis du projet de loi du gouvernement de 1921, le corps médical a tenté d'imposer un paiement à l'acte sans contrôle étatique. Il n'est parvenu, dans un premier temps, qu'à un demi résultat, obtenant une rémunération par capitation proportionnelle au travail accompli - donc au nombre d'actes - mais à l'intérieur d'un forfait global au travers du projet de 1923. A partir de 1926, le projet de loi donnera la possibilité aux médecins de demander des honoraires supérieurs à ceux remboursés dans le cadre du "tarif de responsabilité" des caisses, équivalents de nos actuels "dépassements d'honoraires" - par la suite souvent décriés comme source d'inégalités entre les patients -, mais sans écarter totalement la possibilité d'un forfait global. Bien que cette évolution soit particulièrement significative, la crainte du forfait ne s'estompera jamais totalement, celui-ci pouvant prendre une forme très large, ne serait-ce que dans la mesure où les tarifs sont modulés dans le cadre d'un budget global de l'assurance pouvant être assimilé à un forfait. Le principe du "dépassement d'honoraire" sera repris par le loi du 5 avril 1928, ceci suggérant le payement à l'acte sans qu'il en soit fait état explicitement. Il faudra attendre la loi du 30 avril 1930 pour voir apparaître le "prix de l'acte médical" aux paragraphes 4 et 7 de l'article 4, marquant l'aboutissement de plus de trente ans de lutte pour le corps médical depuis la loi sur les accidents du travail de 1898.

Qu'en est-il, enfin, de l'entente directe ? Si l'Etat abandonne rapidement le tiers payant exclusif sous la pression syndicale dès les premiers projets de loi, il ne garantira toutefois jamais le paiement direct comme le souhaite le corps médical. Les projets successifs, ainsi que la loi de 1928, se borneront à la création de contrats négociés entre les syndicats médicaux et les caisses d'assurances et réglant les modalités de payement des honoraires aux médecins. Ainsi, la loi laisse la possibilité du paiement direct ou du tiers payant selon le type de contrat collectif passé entre les syndicats de médecins et les caisses. En 1929, après de dures négociations avec le corps médical, M. Loucheur, Ministre du Travail, propose de rendre possible le tiers payant, non plus dans le cadre de la liberté contractuelle collective, mais dans celui de la liberté individuelle du médecin, celui-ci pouvant ou non appliquer le tiers payant à tel ou tel patient. L'Etat semble ici avoir bien perçu où se situait le réel enjeux du tiers payant : pour l'essentiel, ce n'est pas du revenu des médecins dont il est question, mais bien d'avantage de leur liberté et de leur indépendance, en somme de la tradition libérale de la médecine française. Le tiers payant semble donc avant tout rejeté par les médecins parce qu'il suggère le salariat voire le fonctionnariat, et bien moins pour des raisons pécuniaires. Mais le compromis proposé par le Ministre, bien que salué par le corps médical, n'apaise pas toutes les tensions, certains médecins craignant que, par le jeu de la libre concurrence - voulu d'ailleurs par eux -, le tiers payant initialement destiné aux assurés les plus modestes ne s'étende peu à peu à une part de plus en plus large

de la population. Dans ce cas, le médecin ne serait plus contraint au tiers payant par un contrat, mais par la demande d'un patient libre de changer de praticien comme bon lui semble. C'est dans cette optique que se poursuivent les négociations avec le Ministre Pierre Laval, successeur de Louis Loucheur, qui aboutissent, dans la loi de 1930, à la suppression du tiers payant (avec interposition de la caisse entre le médecin et le malade pour le paiement des honoraires). Demeure la possibilité, suggérée par le corps médical pour les patients les plus pauvres, d'un paiement du médecin par le patient une fois l'avance des frais effectuée à ce dernier par la caisse ; ce système ayant l'avantage de préserver le paiement direct tout en permettant aux assurés les plus modestes de ne pas avancer les frais de santé. C'est ainsi que la CSMF acceptera, dans l'ordre du jour voté le 27 juillet 1930, de collaborer à la loi votée le 30 avril de la même année. Ces principes, durement conquis par la profession, ne seront pas remis en cause jusque dans les années 1960.

C'est au nom de tous ces acquis, au premier rang desquels se situent l'entente et le paiement directs, que le corps médical a su préserver, dans une très large mesure, son identité libérale sous-tendue par son individualisme. Comme l'écrit Henri Hatzfeld, "*nous sommes tentés de penser que le caractère particulier de la profession médicale qui se présente comme une activité scientifique, comme un art et comme un sacerdoce est de nature à renforcer chez les médecins l'un des traits les plus caractéristiques des travailleurs indépendants : leur individualisme. En ce sens, ils ne font qu'affirmer le type du travailleur indépendant, le pousser si l'on peut dire jusqu'à sa forme ultime, la plus haute peut-être et la plus achevée.*"[1557]

Enfin, il faut encore comprendre comment le corps a pu mener à bien ses négociations.

La première raison est une très bonne connaissance de la médecine sociale et de ses enjeux, au travers de l'expérience de l'AMG, des accidents du travail et de la loi des pensions. Les deux premières ayant été déterminées principalement hors du corps médical, raison pour laquelle elles furent la source de bien des déboires pour la profession, ce dernier a rapidement pris conscience de la nécessité de s'intégrer profondément dans le développement de la loi sur les assurances sociales. Par ailleurs, la proximité du corps médical alsacien et lorrain, depuis longtemps habitué à exercer dans le cadre de l'assurance, ainsi que l'observation des expériences étrangères antérieures, notamment allemande et britannique, ont indiscutablement été des atouts dans les débats avec l'Etat.

Par ailleurs, le syndicalisme médical trouve des origines dans une longue tradition syndicale française héritière de la loi Valdeck-Rousseau de 1884, qui a conduit à la création de l'USMF la même année. Cette organisation ancienne, renforcée au fil des années, vient rappeler que l'union fait la force et qu'à l'évidence le poids du nombre, malgré la scission de 1925, a permis au corps médical d'atteindre la plus grande partie de ses objectifs.

1557 Ibid., p. 294.

Une autre raison est le poids politique du corps médical, en tant que groupement syndiqué bien sûr, mais également par sa profonde intégration aux institutions politiques, dont le Parlement et le Sénat. Dès 1875 et jusqu'en 1902, comme le précise Patrick Hassenteufel, les médecins représentent en moyenne 10,9 % des députés[1558], ce qui est loin d'être négligeable, ce chiffre diminuant quelque peu - tout en restant très significatif - entre 7,5 et 10 % - dans l'entre-deux-guerre. Par ailleurs, après la Première Guerre mondiale, le corps médical connaît un virage politique progressif à droite avec deux tiers de députés médecins faisant partie du bloc national en 1919 et 45 % siégeant à l'extrême droite en 1936[1559]. Il serait difficile de ne pas y voir un lien avec la tournure que prend l'idéologie corporatiste retranscrite par le syndicalisme médical durant cette période, en ce qui concerne la remise en cause de la doctrine du Dr Lafontaine voulue sociale et conciliante pour ce qui touche à l'indépendance du corps médical - et notamment au tiers payant -, au profit de celle du Dr Cibrie ancrée dans le libéralisme de façon bien plus extrême. De là à dire laquelle, de l'influence parlementaire ou syndicale, a été la conséquence de l'autre, il n'y aurait qu'un pas qu'il serait hasardeux de franchir dans notre travail, une étude propre restant à mener sur le sujet.

Enfin, et c'est probablement une des causes principales aux succès de l'USMF puis de la CSMF, il faudra peut-être rappeler une quasi évidence qui est que les assurances sociales ne peuvent pas fonctionner sans le concours, de gré ou de force, du corps médical. Ceci place indiscutablement les médecins en position de force dans les négociations[1560], comme le remarquent d'ailleurs successivement les différents Ministres du Travail. Avant la Première Guerre mondiale, les médecins avaient ainsi fait valoir certaines de leurs revendications par la grève, grève dont les fédérations syndicales font à nouveau peser la menace en ce qui concerne les assurances sociales.

Mais, comme nous le disions, il est apparu que si les syndicats médicaux, par l'intermédiaire de l'USMF et de la CSMF, ont influencé le cours de l'élaboration des lois sur les assurances sociales, l'inverse est tout aussi vrai. Le syndicalisme médical a été profondément marqué et remanié par le développement de la protection sociale - assurantielle ou non - en France, principalement dans l'entre-deux-guerres.

Bien que notre travail n'est pas été pensé ni organisé pour en apporter les preuves, il relève presque de l'évidence que le corps médical a dû s'adapter, par l'intermédiaire de ses syndicats, à l'essor de la médecine sociale. La scission syndicale en est sans doute l'exemple le plus frappant dans la période qui nous intéresse ; scission symptomatique de changements idéologiques majeurs au sein

1558 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 36.
1559 Ellis, Jack D., *The physician-legislators of France - Medicine and politics in the early Third Republic, 1870-1914*, Cambridge : Cambridge University Press, 1990, p. 243.
1560 Voir également Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 74.

du corps médical contraints sous la pression des assurances sociales. Cette crise se soldera par la dissolution de l'Union et la création de la CSMF sur les bases de la Fédération formée par les syndicats dissidents. Il en résultera un remaniement profond des statuts syndicaux, notamment en ce qui concerne l'habilitation dans le cadre des assurances sociales, représentant le point ultime du pouvoir syndical, et donnant à l'union nationale (la CSMF) le pouvoir décisionnaire en ce qui concerne la possibilité pour un syndicat de médecins de participer ou non au système d'assurances. Il n'est d'ailleurs pas difficile de voir dans ces nouveaux statuts, l'ancêtre de l'Ordre des médecins, à cette époque prôné par le corps médical organisé.

Et la problématique des assurances sociales n'est sans doute pas étrangère à la création de l'Ordre, dont le projet commence à être discuté au sein de l'Union dès le début des années 1920, puis de la CSMF. Le Dr Cibrie, secrétaire général de la CSMF, est d'ailleurs un fervent défenseur du syndicalisme obligatoire qui ne différerait alors que peu d'un Ordre. Celui-ci affirme, comme le rappelle Patrick Hassenteufel, que "*la nécessité d'un Ordre s'est imposée avec plus de force dans le contexte de la discussion de la loi sur les assurances sociales*"[1561]. Il fallait, entre autre, évincer les "médecins marrons", étant donné que l'union nationale, au travers de garanties apportées dans les débats avec les pouvoirs publics, portait une part non négligeable de la responsabilité du bon fonctionnement du système d'assurances à venir. Comme le précise encore Patrick Hassenteufel[1562], un des objectifs du syndicalisme médical, dès ses origines, était de renforcer la lutte contre le charlatanisme médical en offrant des possibilités juridiques pour combattre des pratiques dénoncées comme illégales, ceci également afin de s'assurer un monopole sur les soins concrétisé en grande partie par le loi Chevandier de 1892. Ultérieurement, et particulièrement dans la période que nous avons étudiée, les motivations syndicales n'ont guère changé, dominées par une volonté de contrôler tout le champ de la médecine en France, dont la protection puis les assurances sociales allaient devenir des pans considérables. Les assurances sociales constituaient une occasion, certes peut-être pas la première, de réaffirmer ce monopole et, plus important, de se le voir garantir par le loi. A ces fins, les syndicats se devaient d'adapter leurs statuts.

Ainsi, peut-être faut-il voir dans les origines de l'Ordre, autant une volonté de l'Etat de contrôler le corps médical, que celle des médecins de se voir assurer le monopole des soins. Si l'Odre fût évoqué plutôt que le syndicalisme obligatoire, c'est peut-être autant du fait des pouvoirs publics que des médecins. En effet, étant donné le pouvoir acquis par les syndicats, particulièrement dans le cadre des assurances sociales, l'Etat ne pouvait se permettre de laisser échapper le contrôle de la santé en France au profit d'une structure aussi influente et indépendante que la CSMF. D'autre part, il semble légitime de poser l'hypothèse selon laquelle la crise

1561 Ibid., p. 42.
1562 Ibid., pp. 35 - 36.

qu'a connue l'Union, causée en grande partie par la "tyrannie syndicale" aurait pu pousser les médecins à accepter de voir leur autocontrôle confié à une structure extra-syndicale, afin d'éviter tout conflit entre des intérêts individuels et corporatistes. Évidemment, l'Odre fût créé pour de multiples autres raisons, tenant autant à l'Etat qu'aux médecins - syndiqués ou non - et surtout au contexte socio-politique ; mais il nous semblait intéressant ici de tenter d'élargir les hypothèse quant à ses origines. Un travail spécifique s'impose sur ce point, raison pour laquelle nous ne le développerons pas d'avantage.

En dehors du cercle restreint - si l'on peut dire - de la corporation médicale, les assurances sociales ont par ailleurs influencé tout le champ de la médecine de l'époque qu'il a fallu redéfinir, et notamment la prévention, la protection sociale préexistante et le secteur hospitalier. Bien entendu, cela a soulevé des enjeux majeurs pour les médecins représentés par leurs syndicats, enjeux similaires à ceux précédemment exposés : indépendance dans le cadre de l'exercice libéral et préservation d'un monopole.

L'hôpital fait l'objet d'une attention toute particulière dans la mesure où il centralise une grande partie des difficultés auxquelles sont confrontés les syndicats avant la Première Guerre mondiale, notamment le "tout compris" et l'insuffisance de rémunération des médecins. Sa réorganisation constitue une problématique annexe mais majeure des assurances sociales, non pas surtout dans un souci de préserver ou de maximiser la qualité des soins - comme le prétendait le corps médical -, mais plutôt pour faire valoir des revendications corporatistes plus anciennes pour lesquelles les syndicats n'avaient jusque là pas obtenu gain de cause. En ce sens, il n'y a pas eu de revendications nouvelles ou spécifiques avec l'avènement des assurances sociales dans le cadre de l'hôpital, mais plutôt la réapparition de craintes anciennes en lien avec des difficultés que le corps médical pensait voir resurgir avec les nouvelles assurances.

Ces craintes étaient héritées de la protection sociales préexistante, à savoir l'AMG, les accidents du travail et la loi des pensions. Nul besoin de rappeler combien les conflits furent nombreux avec l'Etat au sujet des tarifs ou du "tout compris". Il n'est pas étonnant de voir se concentrer ces difficultés à l'hôpital, historiquement établissement charitable par excellence et rouage essentiel de la protection sociale d'avant-guerre. Comme l'hôpital, la protection sociale a nécessité des adaptations, voulues par les syndicats, comme la suppression du "tout compris" et l'augmentation des tarifs, ou rendues nécessaires par les projets de l'Etat. Si le corps médical a privilégié la lutte sur le terrain des assurances sociales plutôt que sur celui de la protection non assurantielle, c'est que l'ampleur et la portée étaient tout autre, et qu'il était probable, qu'à terme, la protection sociale soit englobée dans les assurances sociales, ce qui sera en grande partie le cas en 1945 avec la création de la Sécurité Sociale.

La prévention, enfin, prendra une dimension particulière dans le cadre du système assurantiel, essentiellement par l'enjeu économique qu'elle implique. Il semble en effet primordial de développer ce domaine de la santé publique, dont les médecins sont, là encore, des acteurs incontournables, afin de limiter l'apparition de pathologies pouvant être une charge financière considérable pour la société au travers de la prise en charge des soins par les assurances sociales. En raison de sa grande complexité et de son étendue, nous n'avons que peu traité ce point qui, encore une fois, nécessiterait une étude spécifique.

Finalement, et c'est peut-être le plus important, ce détour historique nous donne certaines clés pour comprendre les enjeux actuels de la protection sociale en France.

Après la Seconde Guerre mondiale et la création de la Sécurité Sociale, l'assurance maladie - notamment - connaîtra de nombreuses réformes. Chacune suscitera des débats avec le corps médical, reprenant inlassablement les thèmes abordés dans l'entre-deux-guerres : tiers payant, tarifs, paiement à l'acte, libre choix du médecin, secret professionnel, qualité des soins, réforme du secteur hospitalier, contrôle et risques d'"abus".

Jusque dans les années 1960, les réformes ont pour principal objectif d'élargir le cercle des assurés[1563] : élargissement à toute la population (en dehors des professions non salariées non agricoles qui s'y opposent) en 1946, extension aux fonctionnaires en 1947, aux exploitants agricoles en 1961 et aux professions non salariées non agricoles en 1966. Les patients soignés "dans les conditions de la clientèle ordinaire", base de l'exercice médical d'avant la Première Guerre mondiale, seront peu à peu réduits à néant, l'ensemble de la population entrant progressivement dans le cercle de l'assurance maladie obligatoire. Poursuivant les objectifs affichés par l'Etat dans l'entre-deux-guerres, cela sera perçu par les médecins comme une atteinte profonde à l'exercice libéral traditionnel de la médecine française, en impliquant un contrôle de l'Etat sur l'ensemble des soins donnés à la population.

Comme le souligne Patrick Hassenteufel[1564], les années 1960 marqueront un tournant majeur dans l'histoire des assurances sociales, avec une augmentation des dépenses de santé, en raison notamment de l'augmentation de l'offre et de la demande de soins, mais aussi du vieillissement de la population et des progrès techniques onéreux dans le domaine de la médecine. Si cette évolution a contribué à améliorer la santé de la population, elle devient problématique au début des années 1970 avec le ralentissement de la croissance, l'augmentation des dépenses

1563 Sécurité Sociale, *Historique du système français de Sécurité sociale*. En ligne. <http://www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais-de-Securite-sociale> Consulté le 18 mai 2015. Voir également Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., p. 261 et Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 289.

1564 Hassenteufel, Patrick, 1997, op. cit., pp. 261 - 262.

de santé correspondant, dans une large mesure, à une augmentation des dépenses publiques par l'intermédiaire de la Sécurité Sociale.

C'est donc à partir des années 1970 que seront proposées de nouvelles réformes destinées à améliorer le financement des assurances sociales, la Sécurité Sociale devant faire face à un déficit croissant. Plus de 40 lois ou plans de financement seront débattus entre 1970 et 2013[1565]. Il en résultera la signature de conventions entre les caisses et les syndicats médicaux, dont nous pouvons exposer les principaux enjeux[1566].

La convention de 1975 lie de façon automatique tous les médecins, à l'exception de ceux ayant manifesté individuellement leur refus, révise le tableau des actes et des tarifs conventionnels et stipule que l'habilitation par une seule organisation syndicale de médecins suffit. Celle de 1979 révise elle aussi les tarifs et élargit les possibilités de tiers payant.

La convention de 1980 constitue un tournant important, dans la mesure où elle crée les "secteurs 1 et 2" avec incitation à rejoindre le secteur 1 conventionné. La nomenclature des actes est à nouveau révisée. Des mesures sont prises pour réduire les dépenses liées aux honoraires et aux prescriptions. L'implication du médecin conseil dans le bon usage des soins est renforcé.

Après la convention de 1985, qui ne fera que réviser les tarifs, celle de 1990 provoquera le gel du "secteur 2" (à tarifs non limitatifs). Une proposition de contrat santé entre le médecin et le patient impliquant le tiers payant sera suggérée puis ultérieurement annulée, notamment sous la pression des syndicats médicaux. En 1990, les tarifs seront une nouvelle fois révisés.

En 1997, une nouvelle convention établit des objectifs en matière de dépenses de santé avec sanctions en cas de non respect par les médecins. Par ailleurs, elle met en place un médecin référent pour chaque patient.

L'année suivant, la convention propose d'élargir le tiers payant, mesure qui sera annulée par le Conseil d'Etat. Sont également mis en avant, la maîtrise des dépenses de santé, la revalorisation du montant des consultations et des visites, en échange d'une réduction du nombre de ces visites et d'une prescription des médicaments en DCI (première étape pour favoriser les médicaments génériques).

La convention de 2005, quant à elle, met en place une rémunération spécifique pour les généralistes qui prennent en charge des patients atteints d'affections de longue durée (ALD). Les tarifs - notamment de la permanence de soins - sont une nouvelle fois revalorisés, sous la pression du corps médical organisé. La mission du "médecin traitant" est également renforcée et des mesures

1565 IRDES, *Plans de réformes de l'assurance maladie en France*, Paris : juillet 2013. En ligne. <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/PlansReformesSante.pdf> Consulté le 18 mai 2015. pp. 1 - 2.

1566 IRDES, *Historique des conventions médicales*, Paris : novembre 2014. En ligne. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf> Consulté le 18 mai 2015.

incitatrices sont prises pour l'installation des médecins en zones déficitaires. Cette convention donne naissance au parcours de soins coordonné.

Enfin, la convention de 2011 met l'accent sur la rémunération à la performance, consolide les mesures prises en 2005 avec pour objectif de réduire les dépenses de santé. Elle encadre les dépassements d'honoraires avec sanctions en cas de dépassements excessifs. Les actes sont revalorisés et un "forfait médecin traitant" est créé, ainsi que des forfaits pour les soins thermaux, les patients en ALD et les médecins qui interviennent en EHPAD.

Aucune des problématiques soulevées par ces différentes conventions n'est donc fondamentalement nouvelle. Ainsi, à partir des années 1970, les efforts d'économies se concentrent sur le corps médical - qui constitue le prescripteur déterminant des dépenses de santé -, la réorganisation du secteur hospitalier et la consommation pharmaceutique[1567] ; points centraux des discussions de l'entre-deux-guerre. Comme le soulignent Peter A. Köhler et Hans F. Zacher[1568], les médecins ne cesseront dès lors de clamer leur attachement à l'exercice libéral et au paiement à l'acte, mis en péril - au moins en apparence - par les contraintes économiques de plus en plus lourdes pesant sur la Sécurité Sociale. Là encore, un certain nombre de revendications annexes (la qualité de la prise en charge, le respect du secret professionnel, la liberté thérapeutique) sont venues partiellement occulter le problème central, source des plus virulents combats syndicaux, à savoir la liberté des honoraires et leurs modalités de paiement[1569].

Très récemment, dans le cadre du projet de loi santé de 2015, dont l'un des objectifs est la généralisation du tiers payant, la CSMF réagit à une grève menée par les médecins généralistes de Roanne par un article publié le 18 avril 2015 sur son site Internet :

> "*Les médecins sont exaspérés par leur situation et l'évolution vers la dérive bureaucratique de leur métier qui va s'accentuer avec l'application de la future loi de santé. [...] Ils sont légitimement inquiets devant la lourdeur des tâches administratives, et révoltés à la perspective de voir ces tâches s'accroître encore avec cette loi. [...] Il s'agit d'un nouveau geste de colère et de désespoir, qui s'exprime aujourd'hui à Roanne mais qui demain, sous des formes diverses, va s'exprimer sur l'ensemble du territoire. [...] La CSMF rappelle son mot d'ordre de désobéissance civile dans le cadre de l'application de cette loi de santé tout particulièrement pour le tiers payant généralisé obligatoire. La CSMF continuera à se battre contre cette future loi de santé et cette dérive bureaucratique de l'exercice médical, afin de permettre aux médecins de se consacrer sereinement à leur métier : apporter les meilleurs soins à leurs patients.*"[1570]

1567 Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, 1982, op. cit., pp. 189 - 190.
1568 Ibid., p. 189.
1569 C'est ce que rappelle Henri Hatzfeld (Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., p. 289).
1570 CSMF, *La CSMF soutient le « Printemps » des Médecins généralistes de Roanne*, 18 mai 2015. En ligne.

Nous retrouvons, ici presque mot pour mot, les propos de l'USMF et de la CSMF dans l'entre-deux-guerre, reprenant des revendications et un argumentaire tout à fait similaire - pour ne pas dire identique. Tout le combat syndical des cents dernières années semble donc graviter autour de la défense de l'identité libérale de la profession, matérialisée par un maximum de liberté dans le paiement des honoraires.

C'est finalement Henri Hatzfeld qui résume le mieux le prolongement actuel de l'action syndicale de l'entre-deux-guerre :

> "*Il est évident qu'il eût été bien difficile en 1928 ou 1930 de prévoir ces conséquences qu'à terme entraînerait la législation des assurances sociales. Il nous est aujourd'hui relativement facile de voir qu'au moment où se développent divers modes de médecine salariée, au moment où les institutions de soins réclament, pour un fonctionnement normalisé, le plein temps et le salariat des praticiens, à ce moment même la législation relative aux honoraires perçus pour soins donnés aux assurés sociaux entraîne une insidieuse mais profonde mutation au sein de la médecine traditionnellement libérale. Mais ce qu'on voit mieux aujourd'hui, les médecins de 1929 le craignaient peut-être obscurément. Ils craignaient en tout cas des périls dont ils ne pouvaient définir la forme exacte et ils justifiaient leur appréhension en dénonçant des maux imaginaires. L'avilissement de la médecine française par les Assurances sociales : bien mieux l'avilissement de la nation française tout entière par les Assurances sociales ! Ces fantasmes exprimaient l'inquiétude d'un groupe socioprofessionnel, menacé non pas tant dans ses revenus que dans ses traditions et dans ses franchises.*"[1571]

Par un détour historique, en mettant en lumière les origines des assurances sociales en France, notre travail nous a donc permis de mieux cerner les déterminants des débats actuels, entre l'Etat et le corps médical, concernant les réformes successives de la Sécurité Sociale et notamment de sa branche maladie. Comme dans les années 1920, les enjeux sont majeurs pour tous les acteurs de la protection sociale, au premier rang desquels se trouvent les médecins, de par l'étendue de la population assurée. S'il ressort un certain catastrophisme - justifié ou non - des débats actuels, au travers d'un risque supposé d'effondrement total de la Sécurité Sociale et parfois de "déchéance" de l'art médical, force est de constaté qu'il remonte au moins à la première crise financière du système dans les années 1970 et probablement même aux origines des assurances sociales. A défaut de pouvoir donner toutes les réponses à des problématiques extrêmement vastes et complexes, dont bien des zones d'ombre restent à explorer, notre ambition a été de mettre en perspective et de relativiser les enjeux présents et futurs de la protection

<http://www.csmf.org/index.phpoption=com_content&task=view&id=1762&Itemid=541#.VVtnK_ntlBd>. Consulté le 19 mai 2015.

1571 Hatzfeld, Henri, 1989, op. cit., pp. 291 - 292.

et des assurances sociales en France, à l'heure où les progrès de la technique médicale nous mettent face à des défis éthiques et financiers sans précédent.

Bibliographie

1. Académie nationale de Médecine, *Rapport adopté par la séance du mardi 16 janvier 2001*, Paris : Académie de Médecine, 2001.

2. Administration générale de l'Assistance publique à Paris, *L'Assistance publique en 1900*, Paris : Masson, 1900, 834 p.

3. Amar, Julien, *Tiers payant : état des lieux sur son application et avis sur sa généralisation*, thèse pour le diplôme de docteur en médecine, Strasbourg : 2014, 143 p.

4. Antonelli, Etienne, *Guide pratique des assurances sociales*, Paris : Payot, 1928, 217 p.

5. Assemblée nationale, *Camille, Charles, Auguste Blaisot*, en ligne. <http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/(num_dept)/842>. Consulté le 29 octobre 2015.

6. Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité Sociale ; Comité d'histoire de la Sécurité Sociale ; UCANSS, *Les publications 2008*, Paris, 2008, 108 p. Consultable en ligne : <http://dom-extra.ucanss.fr/ucanss/public/prod/tc.nsf/BF52 CB6590D0734CC12574DD00330824/$file/LI0290_catalogue_comite_histoire.pdf>.

7. Battesti, George, *Historique du syndicalisme médical en France*, thèse, Paris, 1979, 83 p.

8. Beauvisage, Jérôme, *La loi le chapelier du 14 juin 1791, fruit amer de la Révolution*. In : *Les cahiers de l'institut CGT d'histoire sociale*, Paris : Institut CGT d'histoire sociale, 2011, p. 1.

9. Bibliothèque Nationale de France, *Gustav von Bunge*. En ligne. <http://data.bnf.fr/13164501/gustav_von_bunge/>. Consulté le 20 août 2015.

10. Blanck Thomas ; Bonah, Christian, *Constructions et résistances. Retour sur les débats autour des assurances sociales dans la France d'entre-deux-guerres (1919-1939)*, congrès Euro Cos de 2013 à Strasbourg, Paris : Editions de Santé, 2013, 19 p.

11. Boileau, Etienne, *Les métiers et corporations de la ville de Paris - XIIIe siècle : le livre des métiers*, Paris : Imprimerie nationale, 1879, 421 p.

12. Bonah, Christian, *La profession médicale à travers l'histoire*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, pp. 79 - 91.

13. Bonah, Christian ; Danion-Grilliat, Anne ; Olff-Nathan, Josiane ; Schappacher Norbert, *L'eugénisme*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, pp. 594 - 600.

14. Brémond, Marc, *Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre*, in *Pouvoirs n°89 - Le pouvoir médical*, 1999, pp. 119 - 134.

15. *Bulletin de Documentation de l'Union des caisses d'assurances sociales de la région parisienne*, revue, Paris : Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne, numéro du 18 mai 1935.

16. *Bulletin des allocations familiales et des assurances sociales*, revue, n° 66, juillet 1932.

17. Centre de recherche et d'action sociales, *Les assurances sociales 3*, in *Action populaire*, n° 68, Paris : Editions Spes, 1926, 24 p.

18. CGT, *Bulletin Ouvrier des assurances sociales*, revue, n° 41, novembre - décembre 1936.

19. Chambres de commerce, associations industrielles, métallurgiques et minières, coopérations d'assurance contre les accidents, groupements de caisses d'entreprises du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, *Le projet de loi d'assurances sociales, et son application dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle - opinion des chambres de commerce, associations industrielles, métallurgiques et minières, coopérations d'assurance contre les accidents, groupements de caisses d'entreprises du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle*, Mulhouse : J. Brinkmann, 1927, 38 p.

20. Cholet, Marcel ; Hamon, George, *Le problème des assurances sociales en Alsace-Lorraine, maladie - accidents du travail - invalidité - vieillesse*, Paris : Giard et Brière, 1919, 111 p.

21. Comité général d'entente de la mutualité et des assurances sociales, *Les assurances sociales en France*, Paris, 1937, 161 p. Brochure éditée lors de l'Exposition internationale de Paris.

22. Comiti, Vincent Pierre, *Les textes fondateurs de l'action sanitaire et sociale : sept siècles d'histoire des institutions, des droits de l'Homme, de la santé, du travail et du social, 1331-2000*, Paris : ESF éditeurs, 2002, 432 p.

23. Conseil constitutionnel, *Constitution de 1946, IVe République*. En ligne. <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-constitutions-de-la-france/constitution-de-1946-ive-republique.5109.html>. Consulté le 19 septembre 2015.

24. Conseil national de l'Ordre des Médecins, *Article 67 - Abaissement des honoraires dans un but de concurrence*. En ligne. <http://www.conseil-national.medecin.fr.article.article-67-abaissement-des-honoraires-dans-un-de-concurrence-291>. Consulté le 29 juillet 2015.

25. Cretin, *Loi du 31 mars 1919 sur les pensions pour blessures ou maladies contractées au service - étude comparée de l'ancienne et de la nouvelle législation*, Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1919, 174 p. Consultable en ligne. : <http://digital.slv.vic.gov.au/view/action/singleViewer.do?dvs=1427214440586~412&locale=fr_FR&metadata_object_ratio=10&show_metadata=true&preferred_usage_type=VIEW_MAIN&frameId=1&usePid1=true&usePid2=true>.

26. CSMF, *La CSMF soutient le « Printemps » des Médecins généralistes de Roanne*, 18 mai 2015. En ligne. <http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1762&Itemid=541#.VVtnK_ntlBd>. Consulté le 19 mai 2015.

27. CSMF, *Le Médecin de France*, Paris, 1928 - 1930.

28. Dalloz, *Périodique*, 4è cahier, 4è partie, Paris, 1931.

29. Darricau-Lugat, Caroline, 1999, *Regards sur la profession médicale en France médiévale (XIIe – XVe)*, Revue.org, Cahiers de recherches médiévales et humanistes. En ligne. <http://crm.revues.org/939>. Consulté le 08 décembre 2012.

30. Daumas, Jean-Claude, *Construction, organisation et fonctionnement d'un syndicat patronal régional : le Consortium de l'industrie textile de Roubaix-Tourcoing (1919-1942)*, Grenoble, 2009, 16 p. Consultable en ligne : <http://www.congresafsp2009.fr/sectionsthematiques/st33/st33daumas.pdf>.

31. Domin, Jean-Paul, *Les assurances sociales et l'ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la population : les prémices d'une politique globale de santé publique (1914-1941)*, in *Revue française des affaires sociales*, 2002, pp. 131 - 154. En ligne. <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2002-1-page-131.htm>. Consulté le 1er août 2015.

32. Dubief, Fernand, *A travers la législation du travail*, Paris : Ed. Edouard Cornély, 1905, 273 p.

33. Ducos, Jean, *L'économie de la médecine libérale*, thèse pour le doctorat en sciences économiques, Paris, 2010, 380 p.

34. Duval, Julien, *Une réforme symbolique de la Sécurité sociale - les médias et le "trou de la Sécu"*, in *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, volume 143, Médecines, patients et politiques de santé 2002, pp. 53 - 67.

35. Engels, Friedrich, *La situation de la classe laborieuse en Angleterre*, traduction française de Gilbert Badia et Jean Frédéric, Paris : Éditions sociales, 1960, 413 p.

36. Ekanga, Basile, *À propos du suicide assisté et de l'euthanasie aujourd'hui*, USA, Bloomington : iUniverse, 2013, 600 p.

37. Ellis, Jack D., *The physician-legislators of France - Medicine and politics in the early Third Republic, 1870-1914*, Cambridge : Cambridge University Press, 1990, 305 p.

38. Elysée - Présidence de la République, *Alexandre Millerand*. En ligne. <http://www.elysee.fr/la-presidence/alexandre-millerand/>. Consulté le 4 avril 2015.

39. Even, Pascal ; Triboux, Patrice, *Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales - répertoire numérique des articles F/22/2056 à F/22/2093*, première édition numérique, Paris : Archives nationales, 2011, 18 p.

40. Fédération nationale de la mutualité et de la coopération agricole, *Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales - journal officiel du 12 avril 1928*, Paris : Fédération nationale de la mutualité et de la coopération agricole, 38 p.

41. Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), *Revue de la prévoyance et de la mutualité*, Paris : 1920, 410 p.

42. Freidson, Elliott, *La Profession médicale*, Paris : Payot, 1984, 369 p.

43. Frères, Robinson ; Rossignol, Louis, *Les politiques de santé en France : quelle perspective pour le monde médical ?*, in *Club du millénaire*, Lille : Sciences Po, novembre 2013, 13 p. Accessible en ligne. <http://clubdumillenaire.fr/wp-content/uploads/2013/11/Les-politiques-de-sant%C3%A9-en-France-quelle-perspective-pour-le-monde-m%C3%A9dical.pdf>.

44. Gatelmand, Raymond, *Les trois aspects du syndicalisme médical*, 2015. En ligne. <http://www.kylom.com/gatelmand/index.phpoption=com_content&view=article&id=325&Itemid=252>. Consulté le 21 mai 2015.

45. Goffette, Jérôme ; Malzac, Perrine, *L'éthique clinique*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, pp. 297 - 311.

46. Groupement des industriels d'Alsace et de Lorraine, *Le projet de loi gouvernemental sur les assurances sociales comparé à la législation d'assurances actuellement en vigueur en Alsace et en Lorraine - rapport présenté au nom de la commission d'étude spécialement désignée par les groupements industriels d'Alsace et de Lorraine en vue d'examiner le projet de loi*, Metz : Paul Even, 1922, 21 p.

47. Guillaume, Pierre, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité Sociale, 1996, 319 p.

48. Hassenteufel, Patrick, *La défense de la médecine libérale*, in *La vie des idées.fr*, 2015, 10 p.

49. Hassenteufel, Patrick, *Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne*, Paris : Presses de Sciences Po, 1997, 367 p.

50. Hassenteufel, Patrick, *Vers le déclin du "pouvoir médical" ? - Un éclairage européen : France, Allemagne, Grande-Bretagne*, in *Le Pouvoir Médical*, *Pouvoir*, n° 89, Paris : Les Editions du Seuil, 1999, 208 p.

51. Hassenteufel, Patrick, *Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire,* in *Les tribunes de la santé*, n°18, Paris : Presses de Sciences Po, janvier 2008, pp. 21 - 28. En ligne. <http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=SEVE_018_0021>. Consulté le 21 mai 2015.

52. Hassenteufel, Patrick ; Davesne, Alban, *Les médecins face aux réformes des systèmes de soins - Une mise en perspective comparative France - Allemagne - Suède*, Paris : Institut Montparnasse, 2013, 87 p.

53. Hatzfeld, Henri, *Du paupérisme à la Sécurité Sociale 1850 - 1940*, Nancy : Presse universitaire de Nancy, 1989, 348 p.

54. Herkner, Heinrich, *Die Arbeiterfrage*, 2è vol., 7è édition, Berlin/Leiptzig, 1921, 584 p.

55. INSERM, *Ébauche d'une sociologie des travailleurs indépendants*, in *Stress au travail et santé : Situation chez les indépendants*, Paris, 2011, 19 p.

56. IRDES, *Historique des conventions médicales*, Paris : novembre 2014. En ligne. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf> Consulté le 18 mai 2015. 28 p.

57. IRDES, *Plans de réformes de l'assurance maladie en France*, Paris : juillet 2013. En ligne.<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/Plans ReformesSante.pdf>. Consulté le 18 mai 2015. 149 p.

58. Journal Officiel, 15 mars 1928, Débat Parlementaire n°34, p. 1477 - col. 1 et 2.

59. Journal Officiel, 1928, p. 1483 - col. 3 et p. 1489 - col. 1 et 2.

60. Kaplan, Steven L., *La fin des corporations*, Paris : Fayard, 2001, 740 p.

61. Köhler, Peter A. ; Zacher, Hans Friedrich, *Un siècle de Sécurité Sociale 1881-1981 : l'évolution en Allemagne, France, Grande Bretagne, Autriche et Suisse*, Nante : CRHES, 1982, 612 p.

62. Krauss, Hans, *Arzt und Bodenreform*, in *Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 16, 1926.

63. *La Journée Industrielle*, revue, Paris, 4 mars 1929.

64. *L'Ami du Peuple*, journal, numéro du 26 janvier 1930, 8 p.

65. Le Parisien, *Sécurité sociale : ce qui va changer en 2016*, Une, 24 septembre 2015. En ligne. <http://www.leparisien.fr/economie/securite-sociale-ce-qui-va-changer-en-2016-24-09-2015-5122951.php#xtref=https%3A%2F %2Fwww.google.fr%2F>. Consulté le 24 septembre 2015.

66. *Le Populaire de Paris*, journal, numéro du 31 janvier 1930, 3 p.

67. *Le Populaire de Paris*, journal, numéro du 9 février 1930, 3 p.

68. Les Echos, *Sécurité Sociale : pas de retour à l'équilibre avant 2021, selon la Cour des comptes*, 15 septembre 2015. En ligne. <http://www.lesechos.fr/ economie-france/social/021324784732-securite-sociale-pas-de-retour-a lequilibre-avant-2021-selon-la-cour-des-comptes-1155755.php>. Consulté le 24 septembre 2015.

69. *Le Temps*, journal, numéro du 24 janvier 1930.

70. Leclerc, Pierre, *La Sécurité Sociale - son histoire à travers les textes - tome II - 1870 - 1945*, Paris : Association pour l'étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale, 1996, 784 p.

71. Lecorché ; Talamon, Ch, *Études médicales à la maison municipale de santé (maison Dubois)*, Paris : Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier éditeurs, 1881, préface pp. V - VI.

72. Legifrance.gouv.fr, *Article 1382 du Code civil*. En ligne. <http://www.legifrance.gouv.fraffichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006438819&cidTexte=LEGITEXT000006070721>. Consulté le 19 septembre 2015.

73. Legifrance.gouv.fr, *Loi du 3 mai 1921 accidents corporels ou matériels du fait des établissements travaillant pour la défense nationale : droit à réparation*. En ligne. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000683988&categorieLien=id>. Consulté le 06 juillet 2015.

74. Libération*, Comment les médecins creusent le trou de la Sécu*, Une, 24 septembre 1996.

75. Libération, *Santé : les étudiants renoncent de plus en plus à se soigner*, 23 septembre 2015. En ligne.<http://www.liberation.fr/politiques/2015/09/23/sante-les-etudiants-renoncent-de-plus-en-plus-a-se-soigner_1388723>. Consulté le 25 septembre 2015.

76. Liek, Erwin, *Der Arzt und seine Sendung*, München : J. F. Lehmanns Verl., 1926, 140 p.

77. Liek, Erwin, *Die Schäden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung*, München : J. F. Lehmanns Verl., 1927, 95 p.

78. Liek, Erwin, *Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier*, traduction de Raoul et Edgard Lantzenberg, Paris : Payot, 1929, 219 p.

79. Littré, *Prétention*. En ligne. <http://www.littre.org/definition/p%C3%A9tention>. Consulté le 31 mai 2014.

80. Louis-Courvoisier, Micheline, *Histoire des honoraires médicaux*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, pp 91 - 97.

81. Martin Saint-Léon, Etienne, *Histoire des corporations de métiers depuis leurs origines jusqu'à leur suppression en 1791 - suivie d'une étude de l'évolution de l'idée corporative au XIXe siècle et sur les syndicats professionnels*, Paris : Guillaumin et Cie., 1897, p. 403.

82. Martiny, Marcel, *Projet de loi présenté le 31 janvier 1923 par le député Edouard Grinda sur les Assurances sociales - Etude critique*, communication présentée à la séance du 19 mai 1979 de la Société française d'histoire de la médecine, 7 p. Consultable en ligne : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1979x013x004/HSMx1979x013x004x0363.pdf>.

83. Masson, Paul, *Droit romain : les corporations : étude juridique et historique*, thèse pour le titre de docteur en droit, Paris : Arthur Rousseau, 1888, 367 p.

84. Michels, Jean-Jacques, *Histoire de la médecine : antiquité*, in *Anabible*, Service d'anatomie pathologique du CFB de Caen et du CHPC de Cherbourg. En ligne. <http://anabible.webethan.com/spip.php?page=print-article&id_article=4698&lang=fr>. Consulté le 10 avril 2013.

85. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - sante.gouv.fr, *Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique*. En ligne. <http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Loi_du_ 15_fevrier_1902.pdf>. 3p. Consulté le 24 mai 2015.

86. Ministère du Travail, *Loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail*. En ligne. <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_du_9_avril_1898.pdf>. Consulté le 10 août 2013.

87. Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, *Texte officiel et complet de la loi sur les assurances sociales. Loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930*, Paris : Etienne Chiron éditeur, 1930, 48 p.

88. Mouille, Jean-Marc ; Thomas-Antérion, Catherine, *De la pudeur en médecine*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, pp. 124 - 128.

89. Musée de la mutualité, *Antonelli Etienne*. En ligne. <http://www.musee. mutualite.fr/musee/museemutualite.nsf/PopupFrameopenagent&Etage=perso &Piece=3&Nb=1&Ref=antonelli>. Consulté le 4 avril 2015.

90. Musée de la mutualité, *Edouard Grinda*. En ligne. <http://www.musee. mutualite.fr/musee/musee-mutualite.nsf/PopupFrameopenagent&Etag e=x&Piece=x&Nb=1&Ref=grinda>. Consulté le 1er octobre 2013.

91. Office général des assurances sociales, *Bulletin officiel*, Paris, 1925.

92. OMS, *L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde*, communiqué de presse, 21 juin 2000. En ligne. <http://www.who.int/whr/2000/media_ centre/en/whr00_press_release.pdf?ua=1>. 8 p. Consulté le 25 septembre 2015.

93. Penchaud Anne-Laurence ; Visier, Laurent, *Les inégalités sociales en santé*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, pp. 485 - 491.

94. Picard, Louis, *Les rapports entre les médecins et les assurances sociales (1930-1945) : Le vote des lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930*, communication au colloque de Brest sur l'histoire de la Sécurité Sociale dans le cadre des congrès nationaux des sociétés savantes, 1982.

95. Picard, Louis, *Les rapports entre les médecins et les assurances sociales (1930-1945)*, communication au colloque de Grenoble sur l'histoire de la Sécurité sociale dans le cadre des congrès nationaux des sociétés savantes, 1983.

96. Pouillard, Jean, *Historique de l'Ordre national des médecins 1845 - 1945*, Paris : Ordre national des médecins, 2004, 11 p.

97. Proctor, Robert, *The Nazi War on Cancer*, USA, Princeton : Princeton University Press, 2000, 380 p.

98. Rameix, Suzanne, *Théories de la justice et systèmes de santé*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, pp. 472 - 483.

99. Rasmussen, Anne, *Histoire de l'hôpital en France*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, pp. 61 - 71.

100. Reich, Warren, *The Care-Based Ethic of Nazi Medicine and the Moral Importance of What We Care About*, in *The American Journal of Bioethics*, Volume 1, numéro 1, Georgetown : Georgetown University, 2001, pp. 64 - 74.

101. Rey, Jean-François, *Le tiers payant, quel est l'enjeu ?*, *Prévenir*, n°4, octobre 1981.

102. Sabourin, Eric, *L'entraide rurale, entre échange et réciprocité*, in *Vers une autre science économique (et un autre monde ?)*, Revue du MAUSS, n° 30, février 2007, pp. 198 - 217.

103. Sécurité Sociale, *Historique du système français de Sécurité sociale*. En ligne. <http://www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais-de-Securite-sociale>. Consulté le 18 mai 2015.

104. Sécurité Sociale, *Les chiffres clés de la Sécurité Sociale en 2008*, Paris : République Française, 2009, 32 p.

105. Sénat, *Gadaud Félix*. En ligne. <http://www.senat.fr/senateur-3eme-republique/gadaud_felix0673r3.html>. Consulté le 10 juillet 2015.

106. Sénat, *Jourdain Paul*. En ligne. <http://www.senat.fr/senateur-3eme-republique/jourdain_paul1113r3.html>. Consulté le 4 avril 2015.

107. Sénat, *Thoumyre Robert*, en ligne. <http://www.senat.fr/senateur-3eme-republique/thoumyre_robert1579r3.html#1889-1940>. Consulté le 29 octobre 2015.

108. Steudel, Hellmuth, *Die medizinische Praxis, ihre Illusionen und ihr Streben zur Gewißheit*, Stuttgart : Karl Göepel Verlag, 1853, 157 p. Accessible en ligne : <https://books.google.fr/books?id=5dRZAAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>.

109. The National Archives - legislation.gov.uk, *Medical Act 1858*. En ligne. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Vict/21-22/90/enacted>. Consulté le 24 août 2015.

110. USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, Paris, 1914 - 1927.

111. Vergez, Bénédicte, *Le monde des médecins au XXè siècle*, Paris : Editions Complexes, 1996, 321 p. Partiellement consultable en ligne : <https://books.google.fr/booksid=bXZXXm0wp8gC&pg=PA216&dq=projet+grinda&hl=fr&sa=X&ei=b0EUVd2uH4_7aoCyghg&ved=0CD4Q6AEwBg#v=onepage&q=projet%20grinda&f=false>. Consulté le 26 mars 2015.

112. Visier, Laurent, *Le médecin comme professionnel*, in Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les belles lettres, 2012, pp. 97 - 101.

113. Von Bunge, Gustav, *Zur Lösung der sozialen Frage*, Basel : Reinhardt, 1919, 15 p.

Annexes

Annexe 1 : Le “projet Grinda” de 1920

“PROPOSITION DE LOI
Ayant pour objet la réorganisation des Hôpitaux et l’établissement de l’Assurance-Maladie et Invalidité.

Art. 1er. - Il sera institué dans un délai de cinq mois à partir de la promulgation de la présente loi :

1° Au ministère de l’hygiène, un office national des établissements hospitaliers ;

2° Dans chaque département, un office départemental des établissements hospitaliers.

Art. 2. - L’office national des établissements hospitaliers sera composé de techniciens spécialisés dans les questions hospitalières et d’assistance, médecins, chirurgiens, architectes, administrateurs. Ses membres seront nommés par le ministre de l’hygiène qui s’inspirera des propositions faites par nos grandes sociétés scientifiques.

L’office départemental sera composé de membres nommés par le préfet et de membres délégués par les corps élus (conseils généraux et municipalités) par les sociétés de secours mutuels et par les syndicats.

Un règlement d’administration publique précisera la composition exacte et le mode de recrutement de ces offices.

Art. 3. - L’office national des établissements hospitaliers a pour objet, d’accord avec l’office départemental :

1° De faire le recensement dans chaque département de tous les établissements existants publics ou privés ;

2° De déterminer dans chaque département les besoins en constructions, en les classant par ordre d’urgence ;

3° De fixer les délais d’exécution des travaux ;

4° D’examiner et approuver les plans de constructions nouvelles.

Ces plans pourront être établis par les soins de l’office national.

Art. 4. - Les frais des constructions déclarées indispensables seront supportés par parts égales par l’Etat, les départements et les communes.

Les communes pourront être partiellement exonérées de leur contribution par des subventions de la caisse des jeux ou du pari mutuel.

Art. 5. - L'assurance contre la maladie ou l'invalidité prématurée est obligatoire pour tous les salariés des deux sexes, quelle que soit leur profession, jusqu'à concurrence de 8.000 fr. de salaire annuel.

Art. 6. - L'assurance contre la maladie prend son effet à partir du cinquième jour de maladie, avec droit de rappel pour les cinq premiers jours si la maladie dure plus de dix jours.

Art. 7. - Il y a invalidité lorsque l'assuré, en dehors des cas prévus pour les accidents du travail et à l'exclusion de toute faute intentionnelle, est atteint de blessures graves ou d'infirmités journalières qui le mettent dans une incapacité absolue et permanente de travail.

La constatation de cette incapacité et du jour de départ de la maladie sera faite dans les conditions déterminées par un règlement d'administration publique.

Art. 8. - Les caisses de l'assurance-maladie et invalidité prématurée sont alimentées :

1° Par un prélèvement de 1,50 % sur le salaire de chaque travailleur ;

2° Par un versement du patron de 1,50 % desdits salaires ;

3° Par une contribution de l'Etat de 50 fr. par franc versé.

Art. 9. - Le prélèvement sur le salaire sera effectué par l'employeur, qui le versera avec sa propre contribution aux caisses de l'assurance-maladie.

Toute infraction à cette obligation sera punie d'une amende égale au double du versement omis.

Un règlement d'administration publique précisera les conditions du prélèvement et des versements.

Art. 10. - Les caisses d'assurance prendront à leur charge :

1° Le remboursement aux dispensaires des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par les consultations données aux assurés ;

2° Le remboursement aux hôpitaux généraux et spécialisés des journées d'hospitalisation des assurés ;

3° Le payement d'une indemnité journalière de chômage-maladie ou invalidité suivant les barèmes ou les règles à établir par règlement d'administration publique.

Art. 11. - Les indemnités sont incessibles et insaisissables.

Art. 12.- Des que l'assuré aura atteint l'âge de la retraite, son indemnité d'invalidité cessera et fera place à la retraite prévue par la loi.

Art. 13. - Toutes les fois que le médecin de l'assurance estimera que l'assuré malade doit être soigné dans un établissement hospitalier, l'assuré devra se conformer à cet avis.

En cas de refus de sa part, l'indemnité de chômage-maladie sera réduite de 50 %.

Art. 14. - Les caisses de l'assurance-maladie et invalidité seront administrées par des comités départementaux, cantonaux et communaux dans lesquels les salariés, les employeurs et l'Etat seront représentés. Un règlement d'administration publique précisera la composition et le mode de recrutement de ces comités.

Elles pourront également être administrées par les sociétés de secours mutuels, les caisses de réassurances, les unions départementales et régionales de secours mutuels, les caisses de secours créées par les syndicats ou unions de syndicats.

Chacune de ces institutions devra être spécialement autorisée par le ministre de l'hygiène.

Art. 15. - Il est créé au ministère de l'hygiène un office national d'assurance-maladie et invalidité ayant pour objet d'exercer un contrôle sur les comités départementaux et locaux d'assurance.

Un règlement d'administration publique précisera la composition et le mode de recrutement de cet office."

Sources :

- USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1920, pp. 255 - 257 ;
- Centre de recherche et d'action sociales, *Les assurances sociales 3*, in *Action populaire*, n° 68, Paris : Editions Spes, 1926, pp. 1 - 12.

Annexe 2 : Le projet mutualiste de 1920

"AVANT-PROJET DE LOI
Sur l'Assurance-Maladie-Invalidité, présenté au nom du Comité tehnique de la Ligue nationale de la Prévoyance,

Par MM. Emile FLEURY
Membre de l'Institut des Actuaires

et Emile AUGER
Avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation

CHAPITRE PREMIER
Dispositions générales.

Article premier. - A partir du 1er janvier 1922, les salariés de l'industrie, du commerce et de l'agriculture, dont la rémunération ne dépasse pas les limites fixées par l'article 3 de la présente loi, sont, dans les conditions ci-après déterminées et sans distinction d'âge ou de sexe, assurés contre la maladie et l'invalidité.

Sont autorisés à profiter des mêmes avantages les salariés des mêmes catégories dont la rémunération annuelle ne dépasse pas une fois et demie les limites établies par l'article 3 précité.

Les maladies ou l'invalidité qui sont la conséquence directe d'un accident du travail, donnant droit aux indemnités fixées par la loi du 9 avril 1898 et les lois qui l'ont complétées, sont exceptées du bénéfice de la présente assurance ; il en est de même des maladies professionnelles visées par la loi du 25 octobre 1919.

Article 2. - Le service de l'assurance-maladie sera effectué par les Sociétés de secours mutuels qui conformeront leurs statuts aux prescriptions de la présente loi. Ces sociétés prendront le titre de Société de secours mutuels et d'assurance-maladie.

Le service de l'assurance-invalidité sera effectué par des caisses d'assurance-invalidité qui seront crées dans chaque département ou pour un groupe de départements limitrophes par les unions de sociétés de secours mutuels.

Dans le cas où, avant le 1er octobre 1921, le service de l'assurance-maladie ou celui de l'assurance-invalidité n'aurait put être organisé conformément aux dispositions des articles 11, 12, 13, ci-dessous dans une commune ou un département, le Préfet procédera à la création de la société de secours mutuels et d'assurance-maladie ou de la caisse d'assurance-invalidité, après entente avec les unions des sociétés de secours mutuels, les chambres de commerce et les associations professionnelles médicales de la circonscription intéressée.

Article 3. - Les salaires annuels constituant les limites maxima de l'assurance prévue au § 1er de l'article 1er sont fixés ainsi qu'il suit, sauf les exceptions prévue au § 2 ci-dessus : 3 600 francs pour les communes de moins de 50 000 habitants ; 4 800 francs pour celles de 50 001 à 150 000 habitants ; 6 000 francs pour celles de 150 000 habitants et au-dessus et pour les communes du département de la Seine.

Un règlement d'administration publique déterminera les exceptions qui pourront être apportées à cette règle dans les limites minima et maxima fixées au § précédent par suite de conditions économiques locales ou régionales.

Article 4. - Les ressources nécessaires au fonctionnement des assurances maladie et invalidité sont obtenues au moyen de cotisations des employeurs, des salariés et de l'Etat.

La cotisation de l'Etat est fixée à 0,75 % des salaires maxima des assurés de droit suivant la catégorie à laquelle ils appartiennent et dans la proportion des ⅔ pour l'assurance maladie et d'un tiers pour l'assurance-invalidité.

La cotisation de l'employeur est égale à celle du salarié, elle est fixée, chaque année, suivant les nécessité du service, par la société de secours mutuels ou d'assurance-maladie, à laquelle le salarié est rattaché, sans pouvoir dépasser, pour l'un ou l'autre, 1 % des salaires maxima.

Ces cotisations comprennent la part destinée à la caisse d'assurance-invalidité ; le recouvrement de cette part sera effectué pour le compte de cette caisse par la société de secours mutuels et d'assurance-maladie.

Les assurés facultatifs visés au § 2 de l'article 1er payeront les mêmes cotisations majorées de 50 % et recevront les mêmes secours et indemnités que les assurés de droit affiliés à la même société.

Article 5. - Les cotisations de l'employeur et de l'Etat afférentes aux assurés de droit son exigibles dans tous les cas. Celles afférentes aux assurés facultatifs ne sont exigibles que dans le cas où l'assuré effectue les versements à sa charge.

L'employeur qui, après mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception, n'aura pas versé les cotisations lui incombant, ou se trouvera en retard de plus de trois mois dans ce versement au moment où la maladie se déclare, sera tenu de rembourser à la société d'assurance-maladie ou à la caisse d'invalidité le montant des dépenses afférentes, en ce qui concerne les assurés de son entreprise, aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation et à la moitié des allocations d'invalidité ou du capital représentatif des rentes.

Les contestations seront jugées comme en matière sommaire. Elles seront dispensées de tous droits de timbre, d'enregistrement et de greffe.

Article 6. - Les cotisations prévues par la présente loi, tant pour l'employeur que pour le salarié, sont comprises pour le calcul de l'impôt général sur le revenu au tableau des charges à déduire au même titre que les contributions.

CHAPITRE DEUXIEME
Assurance-Maladie.

Article 7. - L'assurance maladie garantit pendant une durée de trois mois :

A) Les soins médicaux et chirurgicaux ;

B) Les médicaments et appareils de petite chirurgie ;

C) L'hospitalisation des malades, si cela est nécessaire ;

D) Une indemnité journalière de maladie.

Les appareils orthopédiques ne sont fournis que jusqu'à concurrence de la somme de 50 francs par appareil.

Article 8. - L'assuré de droit qui n'a pas effectué ou qui a cessé d'effectuer les versements à sa charge et qui, après mise en demeure, sera en retard de plus de trois mois pour ces versements, n'aura droit, en cas de maladie, qu'aux soins médicaux et pharmacies à l'exclusion de toute indemnité journalière.

L'assuré facultatif qui sera, après mise en demeure, en retard de plus de trois mois, perd tout droit au bénéfice de l'assurance.

Article 9. - La société de secours mutuels et d'assurance-maladie a toute liberté pour les conclusions d'une convention pour soins de maladie, avec le corps médical.

Les assurés ont le choix entre tous les médecins qui ont adhéré à cette convention. Ils ont également le faculté de recourir à tout autre médecin sous la réserve que tout honoraire excédant le tarif de la convention demeure dû par l'assuré. Le surplus est à la charge de l'assuré.

Les soins de maladie sont dus quelle que soit la durée de la maladie, dans la limite des 3 mois prévus par l'article 7, même si la maladie n'entraîne pas d'interruption du travail.

Article 10. - L'indemnité journalière de maladie est due aux assurés de droit comme aux assurés facultatifs à partir du 5è jour de la cessation du travail aussi bien pour les jours ouvrables que pour les dimanches et jours fériés.

Elle est fixée, sauf les exceptions qui pourront être déterminées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 3, § 2, à 3 fr. par jour dans les communes comptant au plus 50 000 habitants ; à 4 fr. 50 dans celles de 50 001 à 150 000 habitants ; à 6 fr. dans les communes d'une population supérieure à ce dernier chiffre et dans le département de la Seine.

Si la maladie donne lieu, non pas à cessation, mais à diminution de travail, entraînant réduction de salaire, l'assuré aura droit à une indemnité journalière égale à la moitié de l'indemnité prévue au § 2 du présent article.

Article 11. - Pour être admise au service de l'assurance-maladie, toute Société de secours mutuels et d'assurance-maladie devra remplir les conditions suivantes :

1° Avoir introduit dans ses statuts les dispositions dictées tant par la présente loi que par un règlement d'administration publique, qui interviendra dans les trois mois de la promulgation de la présente loi.

2° Grouper un effectif de 250 membres au moins. Les sociétés ne remplissant pas cette condition pourront fusionner avec d'autres ou encore étendre leur champ d'action sur une ou plusieurs communes voisines ne possédant pas de sociétés de secours mutuels et d'assurance-maladie.

3° S'affilier à la caisse d'invalidité dans le ressort de laquelle elle aura son siège social.

4° Tenir pour les opérations de la présente loi une comptabilité spéciale, conformément aux modèles qui seront établis par le règlement d'administration publique.

5° Déterminer statutairement la circonscription territoriale ou professionnelle dans laquelle elle doit opérer.

Article 12. - Tout chef d'entreprise groupant au moins 250 assurés de droit ou facultatifs peut fonder une société de secours mutuels et d'assurance-maladie à la condition par lui de se conformer aux conditions énoncées dans l'article 12[1572]*.*

La même faculté est accordée à tout groupement professionnel qui réunira dans son ensemble le même nombre d'assurés de droit ou facultatifs.

Le Conseil d'administration des sociétés créées par un chef d'entreprise ou un groupement professionnel sera composé par parties égales de représentants des employeurs et des salariés.

Article 13. - Les assurés de droit ou facultatifs déjà affiliés au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi à une société de secours mutuels admise à effectuer le service de l'assurance-maladie, deviennent d'office assurés de cette société. Dans ce cas, la cotisation de l'employeur et celle de l'Etat sont versées à ladite société.

Les salariés qui ne remplissent pas les conditions du § 1er ci-dessus sont rattachés à la société à laquelle l'employeur devra effectuer ses versements et à laquelle seront acquises les cotisations de l'Etat, à savoir : la société de l'entreprise, s'il en existe une ; à défaut de société d'entreprise, la société professionnelle ; à défaut de l'une et de l'autre, la société locale.

La représentation des employeurs et des assurés dans les sociétés admises au service de l'assurance-maladie sera effectuée sous le contrôle des unions de sociétés de secours mutuels.

1572 S'agissant très probablement de l'article 11, il semble y avoir ici une erreur de retranscription par l'Union.

Au cas où le contrat de travail intervenu entre l'employeur et l'assuré viendrait à être résolu et où ce dernier ne serait plus salarié d'aucun des employeurs adhérents à la même société, il serait procédé à la liquidation de son compte dans les formes qui seront déterminées par le règlement d'administration publique et ce compte serait transmis à la nouvelle société compétente.

Article 14. - L'assuré de droit ou facultatif qui n'appartenant pas à une société de secours mutuels lors de la mise en vigueur de la présente loi ne sera admis à l'assurance qu'après avoir subi une visite médicale.

Si, à la suite de cette visite, il est reconnu que l'assuré ne remplit pas les conditions de santé requises pour l'assurance normale, il deviendra néanmoins membre de la société, mais l'intégralité de ses cotisations sera transmise à la caisse d'invalidité, qui assumera par contre toutes les charges incombant normalement à la Société de secours mutuels et d'assurance-maladie.

Article 15. - La cotisation annuelle due à la société de secours mutuels et d'assurance-maladie, tant par l'employeur que par l'assuré, en application de l'article 4 ci-dessus, doit être calculée de façon à couvrir toutes les dépenses de l'exercice, tant en ce qui concerne les frais de gestion que les services prévus par l'article 7 et à laisser pour la constitution d'un fonds de réserve une somme égale à 5 % du montant de ces dépenses. Si les cotisations d'un exercice ne permettent pas d'aboutir à ce résultat, le déficit sera pris en compte pour le calcul des cotisations de l'année suivante.

La retenue de 5 % pour la constitution d'un fond de réserve ne sera plus effectuée lorsque ce fond aura atteint la moyenne des dépenses annuelles de trois exercices précédents.

Dispositions concernant l'assurance-invalidité.

Article 16. - L'invalidité est l'état du travailleur qu'une maladie ou un accident a mis dans l'impossibilité totale ou partielle de pourvoir à sa subsistance et à celle de sa famille pendant un période supérieure à 90 jours.

L'invalidité ainsi définie n'est pas couverte par la présente loi si elle résulte d'un risque professionnel mis à la charge du chef d'entreprise par une loi ; elle ne le sera pas d'avantage s'il est établi qu'elle a pour cause un crime ou un délit en raison duquel l'intéressé aura été condamné.

Article 17. - Les caisses d'assurance-invalidité visées par l'article 2, alinéa 2, de la présente loi, assurent aux bénéficiaires de la loi, à partir du 91è jour de maladie :

1° Les traitements médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques ;

2° a) En cas d'incapacité de travail totale, une allocation pécuniaire égale à l'indemnité prévue par l'article 10 de la présente loi, tant que dure l'invalidité, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 60 ans révolus, époque à laquelle l'assuré jouit de la retraite prévue par la loi du 5 avril 1910 ;

b) En cas d'incapacité partielle supérieure à 25 %, l'allocation pécuniaire prévue ci-dessus sera réduite proportionnellement à l'incapacité.

Article 18. - Les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques sont assurés par l'intermédiaire des sociétés de secours mutuels et d'assurance-maladie. La dépense leur sera remboursée par la Caisse d'invalidité.

Article 19. - L'allocation est payable par mois et d'avance. Elle est inconvertible et insaisissable, si ce n'est à concurrence des deux tiers au profit des établissements publics hospitaliers pour le payement du prix de journée des invalides admis à l'hospitalisation.

Article 20. - L'article 9 de la loi du 5 avril 1910 ne sera pas applicable aux bénéficiaires de la présente loi. Tout invalide parvenu à l'âge de 60 ans aura néanmoins droit à la même retraite ouvrière que si, depuis le jour où il a reçu des allocations d'invalidité, il avait régulièrement payé les cotisations exigées par la loi précitée.

Article 21. - La caisse d'invalidité fixe les cotisations que devront lui verser pour le compte de l'employeur et de l'assuré les sociétés de secours mutuels et d'assurance-maladie affiliées ; ces cotisations devront être calculées de telle sorte que, jointes à la subvention de l'Etat, elles permettent à la caisse de faire face à ses frais généraux et à toutes les charges qui lui incombent en vertu de la présente loi.

Article 22. - Les assurés de droit, qui, après mise en demeure, n'auront pas payé leurs cotisations à la Société de secours mutuels et d'assurance-maladie ou qui seront en retard de plus de trois mois dans le payement de ces cotisations au moment où la maladie s'est déclarée, n'ont droit, en cas d'invalidité totale, qu'à la moitié de l'allocation pécuniaire. Ils n'auront droit à aucune allocation si l'invalidité n'est que partielle.

Dans tous les cas, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques seront toujours dus.

Les assurés facultatifs qui, après mise en demeure, seront en retard de plus de trois mois dans le versement de leurs cotisations au moment où la maladie s'est déclarée, perdront tout droit aux bénéfices de l'assurance.

Article 23. - Les chefs d'entreprise ainsi que les groupements professionnels d'employeurs ou de salariés, pourront, s'ils groupent au mois 10 000 assurés,

constituer des caisses d'assurance-invalidité. S'il s'agit d'un groupement, le statut de ces caisses doivent mentionner les noms des entreprises affiliées ainsi que l'acceptation des chefs d'entreprises. Les conseils d'administration devront comprendre, en nombre égal, des représentants et des assurés.

Article 24. - Les assurés de droit ou facultatifs qui ne pourraient être rattachés à une caisse d'invalidité professionnelle seront versés à la caisse d'assurance invalidité du département ou du groupe de départements visés à l'article 2 de la présente loi.

Article 25. - La demande de rente d'invalidité est adressée par l'intéressé à la société d'assurance-maladie dont il dépend. Il joint à cette demande, s'il le juge utile, l'avis de son médecin.

Article 26. - Chaque caisse d'invalidité nomme au sein de son conseil d'administration une commission dite d'examen comprenant 4 membres dont 2 employeurs et 2 salariés avec un médecin siégeant à titre consultatif.

En cas de partage des voix, de désaccord avec l'intéressé sur le degré d'invalidité ou de refus de la rente, la demande est renvoyée à la commission supérieure prévue à l'article suivant.

Article 27. - Une commission supérieure dont la composition et le fonctionnement seront déterminés par un règlement d'administration publique statuera sur les contestations qui lui seront renvoyées en vertu du § 2 de l'article précédent. Cette commission devra être présidée par un magistrat et comprendre des représentants des employeurs et des assurés. Elle devra s'adjoindre un médecin à titre consultatif et pourra ordonner une expertise , ses décisions se seront susceptibles d'aucun recours.

Article 28. - La caisse d'invalidité établit le dossier d'ouverture de la rente d'invalidité et en fait la déclaration à la caisse des dépôts et consignations sur une fiche statistique dont le modèle sera fourni par le ministère compétent.

La caisse d'invalidité paye directement sur ses ressources l'allocation d'invalidité, pour le prorata à courir depuis le jour du début de l'allocation d'invalidité jusqu'à la fin du mois dans lequel est situé ce jour, et pendant les 6 mois entiers qui suivent. Elle vers ensuite à la caisse des dépôts et consignations le capital constitutif de la rente d'invalidité, prenant effet du premier jour suivant la période qui vient d'être indiquée. Ce capital constitutif est calculé d'après un tarif tenant compte de l'âge au moment où le capital doit être versé à la caisse des dépôts et consignations et dressé par le ministère compétent après avis d'une commission technique.

Article 29. - Un compte courant est ouvert par la caisse des dépôts et consignations à chaque caisse d'invalidité ; il reçoit les capitaux ci-dessus spécifiés et ses propres intérêts calculés aux taux adopté pour le tarif visé ci-dessus. Au moment de la constitution de la rente, il reverse à la caisse d'invalidité les rentes payées par elle après la période de six mois et une fraction, visée à l'article 28. Une fois versée les capitaux constitutifs, l'Etat garantit le service des arrérages prenant à sa charge les insuffisances éventuelles, ainsi que sera précisé à l'article suivant.

Article 30. - A la fin de chaque exercice, un inventaire comptable établira la situation des recettes et dépenses de la caisse d'invalidité dans l'exercice, et son bilan, abstraction faite des rentes constituées à la caisse des dépôts et consignations.

Tout les cinq ans, un inventaire technique comparera l'actif de chaque caisse d'invalidité à la caisse des dépôts et consignations, aux réserves mathématiques des rentes d'invalidité qu'elle doit servir ; en cas d'insuffisance, celle-ci sera comblée par l'Etat ; en cas d'excédent constaté dans deux inventaires successifs, toute la portion de cet excédent dépassant 10 % des réserves mathématiques sera reversée à la caisse d'invalidité.

Article 31. - Les caisses d'invalidité qui auront régulièrement fonctionné pendant cinq ans, pourront demander à être autorisées par décision ministérielle à conserver seule la gestion de leur actif ; mais elles perdront dans ce cas tout droit à la garantie de l'Etat. Un règlement d'administration publique déterminera les règles techniques auxquelles ces caisses devront s'astreindre.

Article 32. - Un règlement d'administration publique déterminera, après avis d'une commission technique désignée par le conseil supérieur de la mutualité, les conditions d'application de la présente loi, et en particulier les clauses à introduire dans les statuts des sociétés de secours mutuels qui veulent participer à son application, la comptabilité qu'elles auront à tenir, les détails de constitution des caisses d'invalidité et les relations éventuelles de ces caisses avec les administrations des hôpitaux et hospices."

Source : USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1920, pp. 259 – 264.

Annexe 3 : Articles essentiels du projet de loi du gouvernement de 1921 sélectionnés par l'Union

Remarque : les articles du projet, retranscrits par l'Union, ne sont pas obligatoirement complets ni présentés dans l'ordre.

"A

Dispositions générales.

Article 1er. - Objet et ressources de l'assurance. — I. — il et institué, conformément aux dispositions de la présente loi, une assurance sociale destinée à couvrir les risques de maladie, d'invalidité, de vieillesse et de décès, en tenant compte des charges de famille.

II. — Cette assurance donne droit, pour l'assuré :

1° En eus de maladie ou d'invalidité, aux soins médicaux et chirurgicaux, aux médicaments, aux traitements spéciaux, ainsi qu'à des allocations mensuelles, ou à une pension d'invalidité pendant toute la durée de l'incapacité de travail ;

2° En cas de maternité, aux soins médicaux et chirurgicaux, aux médicaments, ainsi qu'à des allocations spéciales d'accouchement et d'allaitement ;

3° En cas de vieillesse, à une pension avec minimum garanti à 60 ans ;

4° En cas de décès, au versement d'une allocation à la famille ;

5° Pour chaque naissance d'enfant, à une allocation familiale ;

6° L'assuré a droit, en outre, s'il a des enfants de moins de seize ans à sa charge, à une majoration des allocations de maladie, d'invalidité et de décès ;

7° Le conjoint et les enfants de moins de seize ans de I assuré ont droit aux secours médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

III. — L'assurance est alimentée :

1° Par les versements obligatoires ou facultatifs des assurés et par les contributions obligatoires des employeurs, qui varient suivant des classes d'assurance fixées d'après le salaire ;

2° Par des subventions de l'Etat.

Article 2. — Bénéficiaires. — I. — Sont assurés Jusqu'à l'âge de 60 ans, à moins qu'ils ne demandent la liquidation anticipée ou différée de leur pension de vieillesse :

1° Obligatoirement, tous les salariés et métayers français de l'un ou l'autre sexe dont la rémunération ou le revenu n'excède pas 10 000 fr par an.

2° Facultativement, les fermiers, cultivateurs, artisans et petits patrons qui, habituellement, travaillent soit seuls ou avec un seul ouvrier, soit avec des membres

de leur famille, salariés ou non, habitant avec eux, à condition que leur revenu annuel ne Soit pas supérieur à 10 000 francs.

3° Les assurés obligatoires ou facultatifs, qui cessent de réunir les conditions prévues pour pouvoir participer à l'assurance, ont la faculté de continuer des versements à leur compte individuel d'assurance-vieillesse.

4° L'ouvrier de moins de seize ans, travaillant en vertu d'un contrat d'apprentissage, n'est pas considéré comme salarié, même s'il reçoit une rémunération.

5° Les salariés étrangers travaillant en France sont soumis au même régime que les salariés français. Toutefois, ils ne peuvent bénéficier, en qualité d'assurés obligatoires, des pensions d'invalidité ou de vieillesse ainsi que des allocations pour charges de famille, que si des traités avec leur pays d'origine garantissent à nos nationaux des avantages équivalents. Ils ne sont pas admis à réclamer le bénéfice de l'assurance facultative.

Article 3. — Organismes concourant à l'application de la loi. — Le service d'assurance sociale est confié ;

1° Pour le recouvrement des cotisations, à des caisses régionales s'administrant elles-mêmes.

2° Pour les opérations d'assurance et l'attribution des prestations, soit aux Caisses régionales, soit aux Caisses, patronales ou syndicales habilitées à cet effet ;

3° Pour l'application administrative de la loi à des Offices régionaux, et pour le règlement contentieux des difficultés auxquelles elle peut donner lieu, à des Conseils du Contentieux des Assurances sociales.

B

Des conditions et obligations à remplir par les assurés et les employeurs.

Conditions d'admission. — 1° Sont admises de droit dans l'assurance les personnes remplissant les conditions fixées à l'article 2 et âgées de moins de 60 ans.

2° Toutefois, pour être admis dans l'assurance facultative, les intéressés doivent n'être atteints d'aucune maladie chronique ou incurable, ni d'aucune invalidité totale ou partielle susceptible d'élever leur morbidité. Ils doivent, en outre, être âgés de moins de 30 ans. Exceptionnellement, les personnes âgées de 30 à 60 ans au moment de la promulgation de la présente loi et ayant commencé à cette date leurs versements en qualité d'assurés facultatifs sous le régime de la loi du 5 avril 1910, pourront être admises sans examen médical préalable dans la nouvelle assurance comme assurés facultatifs, si elles remplissent les conditions fixées a l'art. 2, paragr. 1, et 2, et demandent leur inscription dans la première année de fonctionnement de l'assurance instituée. Le conjoint de l'assuré facultatif n'a droit

aux soins médicaux et pharmaceutiques qu'autant qu'il aura rempli lui-même les conditions sus énoncées au moment où il est appelé à bénéficier éventuellement desdits soins.

3° Les dispositions du paragraphe précédent ne sont pas applicables aux anciens assurés obligatoires qui demandent leur inscription dans l'assurance facultative sans avoir interrompu leurs versements pendant plus d'une année.

4° L'assuré qui a interrompu ses versements pendant une période dont la durée dépasse le quart de son séjour antérieur dans l'assurance obligatoire ou facultative ne peut être réintégré dans cette dernière assurance, à moins qu'il ne remplisse encore les conditions prévues au paragraphe 2 précédent.

Article 5. — Détermination des salaires ou revenus. — 1° Entrent en compte pour l'évaluation du salaire de l'assuré obligatoire et la détermination de sa classe d'assurance, outre la rémunération fixe, les suppléments de toute nature, qu'il reçoit de l'employeur, à l'exception des primes ou sursalaires pour charges de famille.

2° Le salaire est calculé par année ou par mois, s'il est fixé à l'année ou au mois, et par jour dans tous les autres cas.

3° Un règlement d'administration publique déterminera les règles suivant lesquelles doit être calculé le salaire des assurés travaillant aux pièces, au temps, à la tache, ou rémunérés suivant le chiffre d'affaires.

4° L'évaluation de La quotité à attribuer aux avantages en nature pour la détermination des classes l'assurance est faite tous les ans, après enquête, par les Offices régionaux.

5° Le revenu annuel des métayers et des assurés facultatifs est déterminé au vu d'un extrait de la dernière déclaration établie par les intéressés pour l'impôt sur le revenu et acceptée par l'Administration des Finances.

Article 9. — Classes de salaires. — 1° L'assuré obligatoire est placé d'après son salaire déterminé par année, mois ou jour, conformément à l'article 4, dans l'une de six classes d'assurances suivantes :

1ère classe : salaire annuel inférieur à 1 200 fr. ;

2è classe : salaire annuel égal ou supérieur à 1 200 fr. et inférieur à 2 400 fr. ;

3è classe : salaire annuel égal ou supérieur à 2 400 fr. et inférieur à 4 000 fr. ;

4è classe : salaire annuel égal ou supérieur à 4 000 fr. et inférieur à 6.000 fr. ;

5è classe : salaire annuel égal ou supérieur à 6 000 fr. et inférieur à 8 000 fr. ;

6è classe : salaire annuel égal ou supérieur à 8 000 fr. et inférieur à 10 000 fr. ;

2° Les salaires mensuels et journaliers correspondant aux chiffres ci-dessus indiqués sont fixés à

1ère classe : moins de 100 fr. par mois ou de 4 fr. par jour ;

2è classe : de 100 fr. à moins de 200 fr. par mois ou de 4 à moins de 8 fr. par jour ;

3è classe : de 300 fr. a moins de 335 fr. par mois on de 8 fr. à moins de 13 fr. 50 par jour ;

4è classe : de 335 fr. à moins de 500 fr. par mois ou de 13 fr. 50 à moins de 20 fr. par jour ;

5è classe : de 500 fr. à moins de 670 fr. par mois ou de 20 fr. à moins de 26 fr. par jour ;

6è classe : de 670 fr. à 835 fr. inclus par mois, ou de 26 fr. 75 à 33 fr. 50 inclus par jour.

3° La classe de l'assuré facultatif est déterminée d'après son revenu annuel, conformément à l'article 3, paragraphe 5.

Article 10. - cotisations. — 1° Les versements et contributions dus respectivement par l'assuré obligatoire et par son employeur sont fixés à 5 % du salaire moyen de chaque classe d'assurance et arrêtés aux chiffres ci-après :

Dans la 1ère classe, 45 fr. par an, 3 fr. 75 par mois et 0 fr. 15 par journée de travail ;

Dans la 2e classe, 90 fr. par an, 7 fr. 50 par mois et 0 fr. 30 par Journée de travail ;

Dans la 3e classe, 160 fr. par an, 13 fr. 35 par mois et 0 fr. 55 par journée de travail ;

Dans la 4e classe, 250 fr. par an, 20 fr. L 35 par mois et 0 fr. 85 par journée de travail ;

Dans la 5e classe, 350 fr. par an, 29 fr. 20 par mois et 1 fr. 20 par journée de travail ;

Dans la 6e classe, 450 fr. par an, 37 fr. 50 par mois et 1 fr. 50 par journée de travail ;

8° Le métayer qui bénéficie de l'assurance obligatoire et l'assuré facultatif acquittent la double contribution fixée au paragraphe 1er et correspondant à leur classe d'assurance. Toutefois, le métayer a droit au remboursement par le propriétaire de la moitié du montant de ses cotisations.

9° Lorsque le métayer et sa femme sont l'un et l'autre parties au contrat de métayage, ils bénéficient tous deux de l'assurance obligatoire si l'ensemble de leurs revenus n'excède pas 10 000 fr. Dans ce cas, ils sont considérés chacun pour la détermination de leur classe d'assurance, comme jouissant de la moitié desdits revenus et ont droit respectivement au remboursement par le propriétaire de la moitié du montant de leurs cotisations.

C

Soins médicaux.
Des prestations attribuées aux assurés.

CHAPITRE 1er.
Maladie et invalidité.

Article 21. — Prestations attribuées. — 1. — Les assurés ont droit, en cas de maladie et d'invalidité :

1° Pendant les six mois qui suivent le début de la maladie ou l'accident et pendant les cinq années suivantes :

1° Aux soins médicaux et aux interventions chirurgicales nécessaires ;

2° A la fourniture des médicaments et d'appareils ;

3° Au traitement dans les établissements spéciaux ;

4° En cas d'incapacité de travail égale ou supérieure à 60%, à des allocations journalières et mensuelles.

II. — Après la période sus-indiquée, et si l'incapacité de travail demeure au moins égale à 60 %, à une pension d'invalidité.

2° Le bénéfice des dispositions du paragraphe 1 est égaiement acquis à l'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs.

Article 22. — Conditions d'obtention. — Ne donnent pas droit aux prestations énumérées à l'article précédent :

1° Les maladies, blessures et infirmités rentrant dans l'un des cas régis par les lois du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, du 31 mars 1919 modifiant la législation des pensions des années de terre et de mer, du 25 octobre. 1919 étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 ;

2° Les maladies, blessures et infirmités résultant soit d'une faute intentionnelle soit d'un crime ou d'un délit commis par l'assuré.

Article 23. — I. — L'assuré peut réclamer le bénéfice des dispositions de l'article 21 :

1° Pendant les six mois qui suivent le début de l'affection ou l'accident, à la condition d'avoir versé au cours des six mois antérieurs à cette période, un minimum de 120 cotisations journalières s'il est assuré obligatoire, ou ses cotisations mensuelles s'il est assuré facultatif.

2° Au-delà des six mois qui suivent le début de l'affection ou l'accident, à la condition d'avoir versé au cours des deux années qui ont précédé cette affection ou l'accident, un minimum de 480 cotisations journalières s'il est assuré obligatoire, ou ses cotisations mensuelles s'il est assuré facultatif.

II. — Toutefois, l'assuré est dispensé du paiement de ses cotisations, dans les cas prévus à l'article 17.

Article 24. — Choix du médecin et du pharmacien. — 1° L'assuré a la faculté de choisir son médecin et son pharmacien sur une liste de praticiens établie par la Caisse à laquelle il est affilié. Toutefois, le choix de l'assuré est limité aux médecins de la commune où il réside. Si la liste ne comprend pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci doit choisir parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien de la liste, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

2° Cette liste comprend les médecins et pharmaciens avec lesquels la Caisse a passé un contrat collectif pour le service de l'assurance, ou qui ont adhéré aux conditions fixées par elle.

Article 25. — Des contrats entre caisses et médecins. — 1° Les contrats collectifs passés entre les Caisses d'assurance et les Syndicats de médecins déterminent les modalités suivant lesquelles le syndicat se charge de dispenser aux bénéficiaires, dans les conditions de la présente loi, les services médicaux et chirurgicaux.

2° La rémunération du syndicat est fixée de façon forfaitaire par tête d'ayant droit. Le prix du forfait comprend à la fois les honoraires des médecins et chirurgiens et leurs frais de déplacement. Les honoraires et frais relatifs aux opérations de grande chirurgie et aux opérations de laboratoire que nécessitent la détermination et le traitement des maladies, sont fixés d'après un tarif spécial.

3° A cette rémunération forfaitaire s'ajoute le montant global des tickets modérateurs reçus par les médecins et remboursés au Syndicat par les Caisses.

4° Les médecins et chirurgiens sont rémunérés par le Syndicat au prorata du nombre de leurs consultations et du montant de leurs frais de déplacement sur l'ensemble des sommes versées par la Caisse.

5° Le syndicat a la responsabilité du service médical en ce qui concerne les malades soignés par ses adhérents. Il contrôle lui-même la façon dont ce service est assuré, sans préjudice des droits propres de la Caisse.

6° Les contrats collectifs passés entre les Caisses d'assurance et les Syndicats de médecins et de pharmaciens déterminent le tarif suivant lequel sont délivrés les médicaments pour le compte des Caisses.

7° Les contrats collectifs passés entre les Caisses d'assurance et les Syndicats de médecins et de pharmaciens déterminent :

1° Les modalités du contrôle du syndicat et de la caisse pour assurer le bon fonctionnement du service médical, chirurgical et pharmaceutique et pour prévenir ou réprimer les abus.

2° Les conditions dans lesquelles les difficultés qui s'élèveraient entre les Caisses et les syndicats pour l'exécution des contrats collectifs pourront être amiablement réglés par des commissions mixtes composées de délégués des deux parties et présidées par un représentant de l'Office.

8° Les tarifs fixés dans les contrats collectifs prévus au présent article seront révisés à l'expiration d'une première période d'application qui ne pourra en aucun cas excéder cinq années.

Article 26. — Des visites médicales. — 1° Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

2° Dans l'un et l'autre cas, l'assuré doit remettre au médecin un ticket de visite qui lui aura été préalablement délivré à ses frais par la Caisse d'assurance. Le prix du ticket pour une visite est fixé à :

0 fr. 25 dans la 1ère et la 2e classe.
0 fr. 50 dans la 3e et la 4e classe.
0 fr. 75 dans la 5e et la 6e classe.

3° En cas d'abus flagrant commis par un assuré qui mande un médecin à son domicile sans motif légitime, ce dernier est tenu d'en aviser sans délai la Caisse d'assurance. S'il est établi que le déplacement réclamé n'était aucunement justifié, la Caisse peut réclamer à l'intéressé le remboursement de l'indemnité qu'elle a dû verser de ce fait au Syndicat.

Article 27. — Délivrance des médicaments et des appareils. — 1° L'assuré ne peut recevoir de médicaments ou d'appareils aux frais de la Caisse d'assurance que sur l'ordonnance du médecin traitant choisi par lui, conformément à l'article précédent.

2° Ces médicaments et appareils ne peuvent être prescrits qu'autant qu'ils figurent sur la liste arrêtée par la Caisse après accord avec les médecins et pharmaciens qui participent aux services de l'assurance. Les appareils sont fournis par l'intermédiaire de la Caisse d'assurance.

Article 28. — Traitements spéciaux. — L'assuré a droit aux consultations et au traitement dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et ou de prévention dépendant de la Caisse d'assurance dont il reçoit les secours de maladie ou d'invalidité.

Article 34. — Rechutes. — Toute rechute survenant dans les deux mois de l'affection ou de l'accident est considérée au point de vue de l'attribution des avantages assurés comme la continuation de la maladie primitive.

D

Indemnités en argent.

Article 29. — Attribution et calcul des allocations et pensions. Incapacité totale. — 1° Les allocations et la pension auxquelles l'assuré peut prétendre et cas

d'incapacité complète de travail, ou si un repos absolu lui est ordonné par le médecin traitant sont fixées et déterminées ainsi qu'il suit :

2° Pendant les six premiers mois de l'affection ou de l'accident et à partir du quatrième jour, l'assuré a droit à l'allocation journalière correspondant à la dernière classe d'assurance à laquelle il a appartenu.

Cette allocation est de :

1 fr. 50	*par jour dans la*	*1ère classe.*
3 fr.	*“*	*2e classe.*
5 fr. 25	*“*	*3e classe.*
8 fr. 25	*“*	*4e classe.*
11 fr. 50	*“*	*5e classe.*
15 fr.	*“*	*6è classe.*

3° Après les six premiers mois de l'affection ou de l'accident, et pendant une période de cinq années, l'assuré a droit à une allocation mensuelle. Cette allocation correspond à sa dernière classe d'assurance s'il appartenait à cette classe ou à une classe supérieure depuis cinq ans ou moins. Dans le cas contraire, l'allocation qui lui est attribuée est celle qui correspond à la classe immédiatement inférieure.

Cette allocation est de :

45 fr.	*par mois dans la*	*1ère classe.*
75 fr.	*“*	*2e classe.*
110 fr.	*“*	*3e classe.*
140 fr.	*“*	*4e classe.*
195 fr.	*“*	*5e classe.*
250 fr.	*“*	*6e classe.*

4° Après la période de cinq ans sus-indiquée, l'assuré a droit à la pension d'invalidité correspondant à la classe qui a servi de base à la détermination de son allocation mensuelle. Cette pension est de :

500 fr.	*par an dans la*	*1ère classe.*
900 fr.	*“*	*2e classe.*
1 275 fr.	*“*	*3e classe.*
1 330 fr.	*“*	*4e classe.*
2 225 fr.	*“*	*5e classe.*
3 000 fr.	*“*	*6e classe.*

Maternité.

Article 49. — Prestations attribuées. — 1° Au cours des 9 mois qui précédent et des six mois qui suivent l'accouchement, toute femme assurée a droit, en outre des soins médicaux, chirurgicaux et des médicaments, à une allocation journalière allouée dans les conditions prévues à l'article 21. Cette allocation est attribuée de plein droit à l'intéressée pendant les six semaines qui précédent les couches et les

six semaines consécutives, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié et observe le repos effectif compatible avec les exigences de la vie domestique.

2° L'allocation Journalière de maladie ou d'accouchement est fixée d'après la classe d'assurance la plus élevée à laquelle a appartenu l'assurée depuis le début de la grossesse.

3° L'assurée qui allaite son enfant a droit durant la période d'allaitement et pendant un an au maximum à une allocation spéciale égale par mois à quatre fois le montant de l'indemnité journalière qui lui est accordée au moment de l'accouchement. Toutefois, cette allocation d'allaitement ne peut être inférieure, à 25 francs pour le premier mois, ni à 15 francs pour les mois suivants.

Article 50. — 1° Si l'état de maladie ou d'invalidité résultant des suites de la grossesse ou de l'accouchement se prolonge au-delà de la période envisagée à l'article précédent, l'assuré peut prétendre, dans les conditions ordinaires, aux avantages régulièrement attribués après le sixième mois de la maladie.

2° La classe d'assurance pour laquelle l'allocation journalière d'accouchement a été attribuée sert de base pour la détermination de l'allocation mensuelle.

Article 51. — Condition d'obtention. — 1° La femme assurée bénéficie des avantages prévus à l'article 40, à la condition d'avoir versé, au cours des six mois qui précèdent l'état donnant au secours de maternité, un minimum de 120 cotisations journalières si elle est assurée obligatoire, ou ses cotisations mensuelles, si elle est assurée facultative.

2° Toutefois, l'intéressée est dispensée du versement de ses cotisations durant toute la période pendant laquelle elle a reçu une allocation journalière.

Article 52. — Sanctions. — Le paiement des allocations visées à l'article 49 est subordonné à l'observation pour la femme assurée des soins prescrits pour elle-même et pour son enfant par la Caisse d'assurance.

Charges de famille.

Article 57. — Prestations attribuées au conjoint et aux enfants de l'assuré. — 1° En cas de maladie ou d'invalidité et en cas de grossesse, le conjoint de l'assuré a droit, s'il n'exerce aucune profession, dans les conditions et cas Indiqués aux articles 21, 22 et 49, aux soins médicaux, chirurgicaux et à la délivrance des médicaments et au traitement dans les établissements spéciaux de cure ou de prévention.

2° Les enfants de rassuré, âgés de moins de seize ans et non salariés, qu'ils soient légitimes ou reconnus, bénéficient — s'ils sont à sa charge — des dispositions du paragraphe précédent.

3° Les bénéficiaires du présent article peuvent prétendre aux avantages ci-dessus énumérés lorsque l'assuré, du chef de qui ils tiennent leurs droits, a, ou aurait personnellement droit aux mêmes avantages. Toutefois, la cotisation spéciale versée par l'assurance invalidité en application de l'article 46, paragraphes 2 et 3 ne leur permet pas de revendiquer lesdits avantages.

Article 58. — Prestations supplémentaires attribuées à l'assuré pour charges de famille. — 1° En cas de maladie ou d'invalidité et en cas de grossesse, l'assuré a droit, pour chaque enfant non salarié de moins de seize ans à sa charge, qu'il soit légitime ou reconnu :

1° A une majoration de l'allocation journalière égale à 0 fr. 50 ou à une majoration de l'allocation mensuelle égale à 10 francs ;

2° A une majoration de pension fixée à 100 francs.

II. — En cas d'incapacité partielle de travail, ces diverses majorations sont réduites suivant le pourcentage d'invalidité et dans la même proportion que les allocations et pension correspondantes.

III. — Ces majorations sont également accordées pour l'enfant de moins de seize ans travaillant en vertu d'un contrat d'apprentissage, qu'il soit ou non rémunéré.

Article 60. — Allocation de naissance. — I. — Il est alloué, d'autre part, à l'assuré, pour chaque naissance d'enfants légitime ou reconnu, une allocation de 200 francs versée aux époques ci-après :

1° Cent francs au moment de la naissance, si l'enfant naît viable ;

2° Cinquante francs à la fin des sixième et douzième mois qui suivent la naissance, si l'enfant survit et si la mère observe pour elle-même et pour lui, les règles d'hygiène et de puériculture prescrites par la Caisse d'assurance.

II. — Lorsque le père et la mère sont l'un et l'autre assurés, l'allocation de naissance est portée au double

III. — L'allocation de naissance est versée personnellement à la mère, qu'elle soit ou non assurée, à défaut au père.

IV. L'allocation de naissance est accordée si le père et la mère, et éventuellement l'un et l'autre, remplissent les conditions prévues à l'article 23, paragraphe 1er pour l'attribution de l'allocation journalière.

Article 33. — Réduction des allocations en cas d'hospitalisation. — L'allocation journalière on mensuelle à laquelle l'assuré peut prétendre en cas d'hospitalisation est réduite d'un tiers si l'assuré est marié, s'il a des enfants de moins de seize ans ou s'il a des ascendants à sa charge. Dans le cas contraire, cette allocation est réduite des deux tiers.

Article 46. — Assurance-maladie des invalides. — 1° Durant la période pendant laquelle il reçoit une allocation journalière ou mensuelle, l'assuré atteint d'incapacité totale a droit aux soins médicaux, chirurgicaux et aux médicaments même pour les affections qui ne résultent pas de son état d'invalidité.

2° A partir du moment où il reçoit une pension d'invalidité, les soins médicaux, chirurgicaux et les médicaments luis sont assurés pour les affections qui ne résultent pas de son état d'invalidité, s'il verse une cotisation fixée à un tiers de la prime correspondant auxdites prestations et déterminées à l'article 18, paragraphe 2. Le surplus de cette prime est payé pour un tiers par l'Etat et pour un tiers par la commune dans laquelle réside l'intéressé.

3° L'assuré atteint d'incapacité partielle peut réclamer le bénéfice des deux paragraphes précédents si, n'effectuant aucun travail, il ne remplit pas les conditions pour participer à l'assurance obligatoire ou facultative.

E

Article 96. — Soins donnés aux anciens militaires victimes de la guerre. — La Caisse régionale peut donner aux assurés qui ont droit, en leur qualité d'anciens militaires, victimes de la guerre, aux avantages accordés en vertu de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les soins médicaux. chirurgicaux et pharmaceutiques que nécessitent les maladies, blessure ou infirmités visées par ladite loi. Dans ce cas les frais de toute nature résultant de ces soins sont remboursés par l'Etat à l'organisme d'oprès les tarifs établis en application de la loi précitée.

F

Participation financière de l'Etat et emploi des fonds.

Article 118. — l'Etat prend à sa charge les allocations pour charges de famille prévues aux articles 58, 59 et 60, ainsi que le tiers de la cotisation spéciale prévue à l'article 46 parag. 3, pour l'assurance-maladie des invalides.

Article 119. — 1° Chaque année, il est inscrit au budget du Ministère du Travail, les crédits nécessaires pour permettre à la Caisse générale de garantie de contribuer, dans les conditions indiquées à l'article 113, au paiement des allocations ou pensions d'invalidité et des pensions de vieillesse.

2° Sont également inscrits éventuellement au budget les crédits nécessaires pour permettre à ladite Caisse, en cas d'insuffisance de son fonds de réserve de venir en aide aux Caisses régionales ou autres dans le cas visé à l'article 112.

Article 120. — L'Etat participera pour moitié aux dépenses faites par les Caisses d'assurance pour la construction et l'aménagement des établissements de

prévention ou de cure nécessaires à leur fonctionnement. Les conditions de cette participation seront déterminées par un règlement d'administration publique.

Article 94. — Placement des fonds — 1° Les Caisses régionales peuvent effectuer leurs placements :

I. — 1° En valeurs d'Etat ou jouissant de la garantie de l'Etat ;

2° En prêts aux départements, communes, colonies ou pays de protectorat, établissements publics et Chambres de Commerce.

3° En obligations foncières ou communales du Crédit foncier et en obligations des grandes Compagnies de chemins de fer d'intérêt général.

II. — Après avis du Ministre du Travail et jusqu'à concurrence d'un quart :
1° en prêts aux institutions visées par l'article 6 de la loi du 12 avril 1906 et aux institutions de prévoyance et d'hygiène sociales reconnues d'utilité publique, ainsi qu'en obligations des sociétés d'habitations à bon marché établies conformément à la même loi du 12 avril 1906, et en actions complètement libérées des sociétés de crédit immobilier constituées conformément à la loi du 10 avril 1908 ;

2° En prêts hypothécaires aux habitations ouvrières ou jardins ouvriers.

3° En acquisition de terrains ou d'immeubles pour la constitution ou l'aménagement des établissements de prévention et de cure nécessaires au fonctionnement de la Caisse d'assurance. Cet emploi est subordonné a l'imputation sur les section I, II, III du compte général de répartition des intérêts annuels correspondant au capital engagé, le taux d'intérêt à servir pour ce capital devant être égal au taux moyen des placements effectués par la Caisse d'assurance au cours des cinq années qui ont précédé l'engagement de la dépense.

2. La caisse des Dépôts et Consignations conserve en dépôt le portefeuille des caisses d'assurance dont elle reçoit les fonds.

Article 89. — 3. La part des prélèvements susvisés, que les conseils de la Caisse et des succursales affectent à l'attribution d'avantages collectifs, peut être notamment employées à la création d'hôpitaux, sanatoria, dispensaires, maisons de convalescence, gouttes de lait, terrains de jeux, et autres institutions d'hygiène sociale.

G
Sanctions.

Article 19. — 1° L'employeur qui a négligé de se conformer aux prescriptions de l'article 7 est passible d'une amende fixe de 15 francs pour chaque assuré qui a été l'objet d'une déclaration tardive ou irrégulière.

2° L'employeur qui a négligé de se conformer aux prescriptions des articles 12 et 14 est poursuivi par la Caisse régionale devant les Conseils du Contentieux. Il

peut être condamné par cette juridiction au double de ses versements et contributions non acquittées.

3° Le métayer qui refuse de payer les contributions visées à l'article 10, paragraphe 7, peut également être condamné à la requête de la Caisse au double de ses contributions.

Article 20. — En cas d'infraction réitérée aux prescriptions des articles 7, 13 et 14 précités, les Conseils du Contentieux peuvent, par décision dûment motivée, prendre une ou plusieurs des mesures suivantes :

1° Prononcer l'inéligibilité de l'employeur aux Chambres de commerce, aux Chambres consultatives des Arts et Manufactures, aux Comités agricoles, aux Tribunaux de Commerce et aux Conseils de prud'hommes pour une durée variant de six mois à 7 ans ;

2° Lui retirer pour la même durée le bénéfice des dérogations prévues par les lois sur l'organisation du travail ;

Loi du 23 avril 1919 (art. 8 parag. 00) sur la journée de 8 heures.

Art. 17, section 3, chapitre II titre I, livre II du Code du travail sur le travail des enfants et des femmes ;

Loi du 28 mars 1919, art. 3 sur le travail de nuit dans les boulangeries ;

Art. 24, 28 et 29, section II. chapitre III, titre 1er, livre II du Code du Travail, sur le travail de nuit ;

Art. 35, 39, 41 et 43, chapitre IV, titre I, livre II du Code du travail sur le repos hebdomadaire.

Article 48. — Tout assuré soigné pour maladie ou invalidité qui enfreint aux prescriptions du médecin ou au règlement de la Caisse d'assurance cesse d'avoir droit aux avantages pécuniaires assurés.

H

La Mutualité et le Projet.
Des caisses de remplacement.

Article 97. — Sociétés de secours mutuels admises à constituer des caisses mutualistes d'assurance-maladie. — 1. — Les sociétés de secours mutuels fonctionnant dans les conditions de la loi du 1er avril 1898 et ayant des services indépendants de l'application de la présente loi, peuvent constituer pour leurs membres ou anciens membres, ainsi que pour les assurés qii s'affilient à elles à cet effet, une caisse mutualiste d'assurance-maladie. Elles prononcent librement l'admission des assurés, mais ne peuvent exclure de leur caisse ceux qu'elles ont admis

2. — Les Unions de sociétés de secours mutuels peuvent également constituer pour les membres ou anciens membres de leurs sociétés adhérentes,

ainsi que pour les assurés qui s'affilient à cet effet aux dites sociétés, une caisse mutualiste d'assurance-maladie.

Article 98. — Agrément des caisses. — 1. — Les Caisses mutualistes d'assurance-maladie doivent. préalablement à leur fonctionnement, avoir été agréées par décret rendu sur la proposition des Ministres du Travail et des Finances.

2. — Pour obtenir cet agrément, elles doivent :

I. — Réunir un minimum de 250 adhérents et compter 40 % au plus de membres âgés de 45 à 65 ans ;

II. — S'engager à assurer à leurs adhérents et à leur famille, conformément aux dispositions du titre II :

1° Les prestations en cas de maladie et d'invalidité pendant les six mois qui suivent le début de la maladie ou de l'accident ;

2° Les prestations en cas de maternité prévues à l'article 19.

3. — En cas de refus d'agrément dans les trois mois de la demande, un recours peut être formé devant le Conseil supérieur du Contentieux sans ministère d'avocat et avec dispense de tout droit.

4. — Dans le cas où la Caisse agréée cesse de remplir les engagements et conditions ci-dessus prévus, ou lorsque des irrégularités sont constatées dans son fonctionnement, l'agrément peut lui être retiré par arrêté ministériel après avis conforme du comité exécutif des assurances sociales institué à l'article 147, et sauf recours devant le conseil supérieur du contentieux dans les conditions sus-énoncées.

Article 99. — Règles applicables aux Caisses mutualistes. — 1. — Les Caisses mutualistes d'assurance-maladie ont une personnalité juridique distincte de la Société ou de l'Union des sociétés qui les administre ; toutefois, elles fonctionnent sous la responsabilité de ces societés ou unions.

2. — Elles ont la même capacité et les mêmes obligations que les Caisses régionales d'assurance pour le servie des prestations qu'elles assurent. Elles sont soumises pour ce service, au point de vue technique et financier, aux mêmes règles et aux mêmes contrôles et bénéficient des mêmes avantages financiers. Les dispositions des articles 78 parag. 1er ; 81 parag. 2 et 4 ; 83 parag. 2, 8 ; 86, 87, 88, 91 parag. 1er ; 93, 94, 95, 96 leur sont applicables.

3. — Les sommes déposées par les Caisses mutualistes d'assurance-maladie à la Caisse des Dépiste et Consignations, en application de la présente loi, formeront un fonds d'assurance distinct et lesdites caisses ne bénéficieront à raison de ces versements, ni des subventions de l'Etat prévues par ma loi du 1er avril 1898, ni de la bonification d'intérêt prévue par la loi de finances du 31 man 1903.

Article 100. — Ressources des Caisses Mutualistes. — La Caisse mutualiste d'assurance-maladie reçoit de la Caisse régionale, pour chacun des membres dont elle certifie l'admission, les primes afférentes aux prestations assurées et la remise de gestion correspondante.

Article 101. Comptes tenus par la Caisse mutualiste. — En vue des opérations qu'elle effectue, la Caisse mutualiste d'assurance-maladie tient :

1° Un compte de répartition qui comprend trois sections correspondant aux branches suivantes :

Section 1. — << Maladie-invalidité pendant les six mois qui suivent le début de la maladie ou l'accident >>.

Section 2. — << Maternité >> pour les prestations prévues à l'article 49.

Section 3. — << Charges de famille >>.

2° Un compte << fonds de réserve >>.

3° Un compte << dépenses d'administrations >>.

Article 102. Du service des prestations. — 1. — La Caisse mutualiste d'assurance peut assurer les prestations dont le servie lui incombe par l'intermédiaire de sociétés de secours mutuels fonctionnant dans les conditions de la loi du 1er avril 1898 et ayant un service indépendant de l'application de la présente loi, à la condition qu'elles aient été agréées elles-mêmes à cet effet par arrêté des Ministres du Travait et des Finances.

2. — En vue de cet agrément, les sociétés de secours mutuels visées au paragraphe précédent doivent justifier qu'elles réunissent au moins 50 membres participants ou honoraires.

3. — La Caisse mutualiste reste responsable des opérations faites pour son compte par la société de secours mutuels admise à se charger du service local des prestations.

4. — Les sociétés de secours mutuels susvisées sont soumises, en ce qui concerne l'application de la présente loi, au contrôle financier du Ministre des Finances et au contrôle technique du Ministre du Travail.

5. — Les Caisses mutualistes peuvent conclure des ententes avec les caisses régionales pour l'admission de leurs membres dans les établissements de prévention on de cure de ces dernières caisses, ainsi que pour l'organisation des services en commun.

Article 103. Caisses syndicales et patronales. — 1. — Des caisses d'assurance-maladie peuvent également être constituées, soit par les syndicats professionnels, patronaux, ouvriers et agricoles ou leurs unions, soit par les établissements commerciaux, industriels ou agricoles, en vue d'assurer aux ouvriers et employés de la profession ou au personnel desdits établissements les prestations

en cas de maladies. d'invalidité, de maternité, et les prestations pour charges de famille énumérées à l'article 98.

2. — Les caisses sont soumises, en ce qui concerne l'agrément ou le retrait d'agrément, aux dispositions de l'article 98, paragraphe 3.

3. — Les dites caisses ont une personnalité juridique distincte du syndicat ou de l'entreprise qui les constitue. Toutefois, elles fonctionnent sous la responsabilité du syndicat, de l'union ou de l'établissement qui les a constituées.

4. — Elles ont la même capacité et les mêmes obligations que les caisses mutualistes. Elles sont soumises aux dispositions des articles 99 parag. 2 ; 100, 101, 102 parag. 5.

5. — Les caisses constituées par des syndicats ouvriers ou par des syndicats patronaux et des établissements commerciaux, industriels ou agricoles, sont tenus d'accepter les demandes d'affiliation émanant des assurés obligatoires qui appartiennent respectivement aux syndicats d'ouvriers et d'employés et aux établissements intéressés.

6. — Elles sont administrées, soit par le syndicat ou l'union s'il s'agit d'un syndicat ou d'une union de syndicats d'employés ou d'ouvriers, soit, dans le cas contraire, par un comité mixte composé de délégués du syndicat patronal, de l'Union de syndicats patronaux ou de l'établissement employeur d'une part, et de délégués élus par le personnel assuré d'autre part. Ce comité doit comprendre la moitié au moins de représentants du personnel."

Sources :

- USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1921, pp. 613 - 623 ;

- Groupement des industriels d'Alsace et de Lorraine, *Le projet de loi gouvernemental sur les assurances sociales comparé à la législation d'assurances actuellement en vigueur en Alsace et en Lorraine - rapport présenté au nom de la commission d'étude spécialement désignée par les groupements industriels d'Alsace et de Lorraine en vue d'examiner le projet de loi*, Metz : Paul Even, 1922, 21 p.

Annexe 4 : Articles du projet de loi de 1923 intéressant le corps médical

Remarque : la sélection des articles intéressent le corps médical a été effectuée par l'USMF.

"DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1, paragraphe 2.

Cette assurance donne droit pour l'assuré :

1° En cas de maladie ou d'invalidité, aux soins médicaux, chirurgicaux et dentaires, aux médicaments, aux traitements spéciaux, ainsi qu'à des allocations journalières, à des allocations mensuelles ou à une pension d'invalidité pendant toute la durée de l'incapacité de travail.

2° En cas de maternité, aux soins médicaux et chirurgicaux, aux médicaments ainsi qu'à des allocations spéciales d'accouchement et d'allaitement.

TITRE Ier

Article 4, paragraphe 2.

Pour être admis dans l'assurance facultative, les intéressés doivent, en outre, être âgés de moins de trente ans et n'être atteints d'aucune maladie chronique ou incurable ni d'aucune invalidité totale ou partielle susceptible d'élever leur morbidité.

TITRE II

Article 18. - 1. - En cas de maladie ou d'invalidité, l'assuré bénéficie, pendant les six mois qui suivent le début de l'affection ou l'accident et pendant les cinq années suivantes :

1° De prestations en nature comprenant :

a) Les soins médicaux et les interventions chirurgicales nécessaires ;

b) La fourniture de médicaments et d'appareils ;

c) Le traitement dans les établissements de cure ;

2° De prestations en agent comprenant, en cas d'incapacité de travail égale ou supérieure à 60 %, des allocations journalières ou mensuelles.

2. - Après la période susindiquée et si l'incapacité de travail demeure au moins égale à 60 %, l'assuré reçoit une pension d'invalidité. Si cette incapacité est de 100 %, il bénéficie, en outre, des prestations en nature.

3. - L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs peut également se prévaloir des dispositions du paragraphe 1er ci-dessous[1573].

Article 19. - 1. - Ne donnent pas droit aux prestations énumérées à l'article précédent :

1° Les maladies et blessures rentrant dans l'un des cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail et aux maladies d'origine professionnelle ;

2° Les maladies, blessures et infirmités résultant soit d'une faute intentionnelle, soit d'un crime ou d'un délit commis par l'assuré.

2. - Les blessures reçues, les maladies contractées ou aggravées en campagne, pour lesquelles une pension militaire a été octroyée par application de la loi du 31 mars 1919[1574]*, ne confèrent pas droit par elles-mêmes aux prestations énumérées à l'article précédent. Toutefois, elles entrent en compte pour la détermination de l'incapacité de travail ouvrant doit à une allocation journalière, mensuelle ou à une pension d'invalidité.*

Article 23. - 1. - L'assuré a la faculté de choisir son médecin, sa sage-femme, son pharmacien et son chirurgien-dentiste sur une liste de praticiens, établie par la caisse à laquelle il est affilié.

2. - Cette liste comprend les médecins, les sages-femmes, les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes faisant partie des groupements professionnels avec lesquels la caisse a passé un Contrat collectif pour le service de l'assurance et tous ceux qui ont adhéré aux conditions fixées par elle et que la caisse n'aura pas exclus pour motifs graves ou légitimes.

3. - Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. Si la liste ne comprend pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci doit choisir parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien de la liste, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'assuré.

Article 24. - 1. - Lorsque des Contrats collectifs sont passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de médecins ou de sages-femmes, ils déterminent les modalités suivant lesquelles ces groupements se chargent de dispenser aux bénéficiaires, dans les conditions de la présente loi, les services médicaux ou chirurgicaux.

2. - Les Contrats collectifs passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de pharmaciens déterminent le tarif suivant lequel sont

1573 Comme le précise l'Union, il est écrot "ci-dessous" dans le Journal Officiel, mais dans la retranscription faite par l'Union, c'est bien "ci-dessus" qu'il faut lire. (USMF, Le Médecin Syndicaliste, 1924, note de bas de page n°1, page 400).

1574 Il s'agit évidemment de la loi des pensions.

délivrés les médicaments pour le compte des caisses. Ces tarifs doivent être fixés dans les limites des prix maxima d'un tarif général, établi par une Commission nommée par l'Office national des assurances sociales parmi ses membres et comprenant trois représentants de l'Etat, deux représentants des Conseils d'Administration des Unions de caisses de région, un représentant du Conseil de la Caisse générale de garantie, les délégués des groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens.

Le tarif ne peut comprendre comme spécialités pharmaceutiques que les médicaments indispensables que ne peuvent être fournis aux malades sous une autre forme.

3.- Les groupements professionnels de médecins, sages-femmes, de pharmaciens et de dentistes ont la responsabilité respective du service médical et du service pharmaceutique, en ce qui concerne les maladies soignés et les ordonnances délivrées par leurs adhérents, sans préjudice de la responsabilité personnelle des pratiquants et des recours qui peuvent être exercés contre chacun d'eux. Ils contrôlent eux-mêmes la façon dont le service est assuré, sans qu'il puisse être porté atteinte aux droits propres de la caisse.

4. - Les Contrats collectifs passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens déterminent :

1° Les modalités du contrôle destiné à assurer le bon fonctionnement des services médical, chirurgical et pharmaceutique, et à prévenir ou réprimer les abus ;

2° Les conditions dans lesquelles les difficultés, qui s'élèveraient entre les caisses et les groupements professionnels pour l'exécution des Contrats collectifs, pourront être amiablement réglées.

Ce contrôle et le règlement de ces difficultés sont confiés à des Commissions régionales composées par tiers de délégués de l'Office, de représentants des caisses et de mandataires des groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et pharmaciens.

Ces Commissions, après avoir pris connaissance des observations des intéressés, arrêtent notamment le montant des honoraires et ordonnances contestés ; elles peuvent prononcer l'exclusion temporaire ou définitive des médecins, sages-femmes, pharmaciens et dentistes du service des assurances sociales pour cause grave et légitime. Leurs décisions doivent être motivées. Il peut en être fait appel à la Commission de l'Office national des assurances sociales prévue au paragraphe 2 ci-dessous.

5. - Les Contrats doivent être soumis à l'agrément de la Commission susvisée.

6. - Les dispositions du livre I, titre II, chapitre IV bis, du Code du travail, relatives à la convention collective de travail, sont applicables aux contrats ci-dessus prévus.

Article 25. - 1. - Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

2. - Dans tous les cas, l'assuré doit remettre au médecin ou à la sage-femme un ticket de visite, qui lui aura été préalablement délivré à ses frais par la caisse d'assurance. Ce ticket doit être présenté à la caisse comme justification. Son prix est établi librement par la caisse ; il ne peut excéder le tiers du montant de l'allocation journalière correspondant à la classe de l'assuré.

3. - En cas d'abus flagrant commis par un assuré qui mande un médecin ou une sage-femme à son domicile sans motif légitime, ce dernier est tenu d'en aviser sans délai la caisse d'assurance. S'il est établi que le déplacement demandé n'était aucunement justifié, la caisse poursuit le remboursement des frais qui en sont résultés auprès de l'intéressé, et en retient, le cas échéant, le montant sur les allocations qui lui sont dues, sauf recours de l'intéressé devant les conseils du contentieux.

Article 26. - 1. - L'assuré ne peut recevoir de médicaments ou d'appareils aux frais de la caisse d'assurance que sur l'ordonnance du médecin traitant, ou de la sage-femme choisis par lui, conformément à l'article 23.

2. - Ces médicaments et appareils ne peuvent être prescrits que dans la mesure et sous la forme où ils figurent sur la liste arrêtée tous les six mois par la Commission de l'Office national des assurances sociales prévue à l'article 24, paragraphe 2.

3. - La caisse peut demander à l'assuré une participation aux frais des médicaments et appareils. Elle en fixe librement le taux, qui ne peut, en aucun cas, excéder 10 % du montant total de ces frais.

Article 27. - L'assuré a droit aux consultations et au traitement dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure ou de prévention dépendant de la caisse d'assurance dont il reçoit les secours de maladie ou d'invalidité.

Article 28. - 1. - Les soins et allocations, auxquels l'assuré a doit en cas de maladie ou d'invalidité, prennent fin au moment où commencent à courir les arrérages de sa pension de vieillesse et, en tout cas, dès qu'il atteint l'âge de soixante-cinq ans.

2. - Toutefois, l'assuré en jouissance de sa pension de vieillesse peut continuer à recevoir les soins médicaux, chirurgicaux, dentaires et les médicaments s'il verse régulièrement une cotisation annuelle de 250 fr. prélevée sur les arrérages de sa pension de vieillesse ou bien s'il a, pendant une durée d'au moins quinze années avant l'entrée en jouissance de sa pension de vieillesse, régulièrement acquitté une cotisation supplémentaire affectée à la constitution, à soixante ans, du capital représentatif de la rente annuelle de 250 francs.

Article 42. - 1. - Lorsque, sans rentrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure dont l'assuré est victime est imputable à un tiers, la caisse d'assurance est subrogée de plein droit à l'intéressé dans son action contre le tiers responsable, pour le remboursement des dépenses que lui occasionne l'accident ou la blessure.

Article 46. - 1. - Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, la femme assurée bénéficie des soins du médecin, du chirurgien, de la sage-femme ainsi que des médicaments. Elle bénéficie en outre, pendant la même période, d'une allocation journalière, en cas d'incapacité de travail égale ou supérieure à 60 %. Cette allocation est attribuée de plein droit à l'intéressée pendant les six semaines qui précèdent les couches et les six semaines suivantes, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié et observe le repos effectif compatible avec les exigences de la vie domestique. Ce délai n'est pas opposable en cas d'accouchement prématuré ou retardé.

Article 47. - 1. - Si l'état de maladie ou d'invalidité résultant des suites de la grossesse ou de l'accouchement se prolonge au delà de la période envisagée à l'article précédent, l'assuré peut prétendre, dans les conditions ordinaires, aux avantages régulièrement attribués après le sixième mois de la maladie.

TITRE V

Article 177. - 4. - Les médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance, en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amende de 100 à 2 000 francs et d'un emprisonnement de cinq jours à deux mois ou d'une des deux peines seulement.

5. - Les délits prévus au précédent article sont justiciables des tribunaux de droit commun.

6. - L'article 463 du Code pénal et la loi du 26 mars 1891 leur sont applicables.

Article 180. - La Caisse d'assurance peut donner aux assurés qui ont droit, en leur qualité d'anciens militaires victimes de la guerre, aux avantages accordés en vertu de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques qui nécessitent les maladies, blessures et infirmités visées par ladite loi. Dans ce cas, les frais de toute nature résultant de ces soins sont remboursés par l'Etat à l'organisme, d'après les tarifs établis en application de la loi précitée."

Source : USMF, Le Médecin Syndicaliste, 1924, pp. 400 - 405.

Annexe 5 : Extraits du règlement sur le service d'allocation-maladie du consortium textile de Roubaix-Tourcoing (1924)

Remarque : l'Union n'indique pas comment ni par qui la sélection des extraits présentés a été faite.

"*But. - Il est créé, au bénéfice du personnel des usines adhérentes au Consortium de l'Industrie Textile, un service ayant pour but d'aider les intéressés à supporter les charges créées par la maladie.*

Font partie de l'Oeuvre des Allocations-Maladie :

1° Les patrons adhérents au Consortium de l'Industrie Textile, membres donnateurs ;

2° Le personnel des usines adhérentes, membres bénéficiaires.

Les bénéficiaires du Service des Allocations-Maladie s'adressent au médecin de leur choix, parmi les membres des Syndicats médicaux de Roubaix-Tourcoiung et leurs cantons.

Les Syndicats médicaux de Roubaix et de Tourcoing se portent garants de la correction et de la loyauté des médecins adhérents, et de la confiance entière que peuvent avoir en eux les malades.

Les bénéficiaires. - Sont bénéficiaires des Allocations-Maladie : tous les ouvriers et ouvrières, employés, contremaîtres, etc., qu'ils soient mariés ou célibataires, et quel que soit leur âge, pour autant qu'ils remplissent les conditions générales du règlement distribué dans les usines adhérentes au Consortium.

Les allocations. - A tous les malades ayant rempli les formalités indiquées, le Consortium de l'Industrie Textile paie une indemnité par jour ouvrable à partir du treizieme jour de la déclaration de la maladie, et pendant quatre-vingt-dix jours au maximum, dans les conditions suivantes ;

5 francs aux ouvriers et ouvrières adultes ;

3 francs aux ouvriers et ouvrières de 15 à 18 ans ;

2 francs aux apprentis et apprenties de 13 à 15 ans.

Dans les mêmes conditions (à partir du treizième jour et pendant quatre-vingt-dix jours au maximum), le Consortium rembourse aux malades 5 francs par visite ou consultation médicale.

Pour les interventions chirurgicales, le Consortium rembourse aux malades :

50 francs pour les petites interventions ;

100 francs pour les interventions moyennes ;

200 francs pour les grandes interventions.

La classification des opérations est faite par les chirurgien intervenant, d'après les conditions fixées par le Syndicat médical.

Les consultations, c'est-à-dire les visites faites par un ou plusieurs médecins appelés en plus du médecin traitant, ne donneront lieu à aucune indemnité de la part du Consortium.

Condition essentielle. - Les employés, contremaîtres, ouvriers, ouvrières, apprentis et apprenties, travaillant actuellement dans les usines adhérentes, doivent envoyer au Consortium leur demande d'admission avant le 15 avril.

Après cette date, il faudra avoir envoyé son adhésion au Service des Allocations-Maladie dans les huit premiers jours de l'entrée à l'usine pour profiter de ces allocations lorsqu'on est malade.

C'est-à-dire que toute demande d'admission, faite seulement au cours de la maldie, sera refusée.

En cas de maladie. - Lorsque la durée de l'interruption de travail causée par la maladie atteint le douzième jour, le malade doit remplir une déclaration qui lui sera fournie par l'usine dans laquelle il est occupé. Cette déclaration portera :

Le nom du patron,

Les nom, prénom, âge, profession et domicile du malade,

La date du premier jour de l'interruption de travail,

Le nom du médecin qui a donné les premiers soins.

Aucune déclaration de maladie ne sera reçue s'il n'y a pas eu de visite médicale avant le douzième jour de la maladie.

La déclaration, dûment signée par le malade ou une personne de la famille, sera envoyée le douzième jour de la maladie au Consortium de l'Industrie Textile.

Sont seules valables les déclarations de maladie émanant des ouvriers et ouvrières travaillant régulièrement dans un établissement adhérent, et auxquels un délai-congé ou un renvoi n'auraien pas été signifiés avant l'interruption du travail.

Pendant la maladie, et à chaque visite ou consultation faite après le douzième jour, le médecin traitant remettra au malade un << bon de visite >>, portant la date de cette visite, et la signature du médecin.

Toute maladie doit occasionner au moins une visite médicale par semaine.

Lors de la guérison, le médecin traitant en fera mention sur le bon de la dernière visite. Le malade enverra le jour même au Consortium tous les bons de visite qui lui auront été délivrés par le médecin traitant.

Après contrôle, le Consortium enverra au patron de l'intéressé une autorisation de paiement ; et le malade recevra, dans l'usine qui l'occupe, le montant de ses allocations journalières, et une somme représentant 5 francs par visite ou consultation régulière du médecin.

Le nombre de jours à considérer pour le paiement des allocations journalières ne peut dépasser trois après la dernière visite du médecin.

Avances pendant la maladie. - Sur demande adressée au Consortium de l'Industrie Textile, l'intéressé, ou sa famille, pourra, au cours de la maladie, recevoir des avances sur les indemnités journalières et les frais médicaux.

Toute demande d'avance devra être accompagnée des << bons de visite >> délivrés par le médecin jusqu'au jour de la demande d'avance.

Paiement des allocations aux enfants. - Les parents pourront toujours recevoir directement, sur demande, le montant des Allocations-Maladie revenant à leurs enfants mineurs ou majeurs habitant sous leur toit.

Observations générales. - Le Consortium de l'Industrie Textile a créé le Service d'Allocation-Maladie en comptant absolument sur la loyauté des bénéficiaires.

L'essai tenté par les patrons de Roubaix-Tourcoing sera concluant ; sa réussite qui doit être souhaitée par tous, aura les meilleurs effets sur la vie sociale de notre région.

Patrons, ouvriers et médecins, ont un intérêt identique à voir fonctionner le Service dans les meilleurs conditions possibles ; mais la bonne volonté de tous est indispensable."

Source : USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1924, pp. 626 - 630.

Annexe 6 : Accord intervenu entre les syndicats médicaux de Roubaix et de Tourcoing et le consortium de l'industrie textile (1924)

"*Entre les Syndicats médicaux de Roubaix et de Tourcoing et le Consortium de l'Industrie textile, il a été convenu ce qui suit :*

Article 1er - Le Consortium organise une oeuvre privée d'assistance aux malades travaillant dans les usines qui lui sont affiliées ; les efforts du Consortium et des Syndicats médicaux tendront à faire réussir par une collaboration loyale la présente oeuvre éminemment sociale et bienfaisante au premier chef.

Article 2. - Le Consortium laisse aux bénéficiaires de l'oeuvre de l'Allocation-Maladie le libre choix de leur médecin parmi tous les membres des Syndicats médicaux de Roubaix et de Tourcoing et de leurs cantons.

Article 3. - Les bénéficiaires de l'oeuvre Allocation-Maladie paieront directement à leur médecin, suivant les tarifs ordinaires, les visites, les consultations au cabinet et les opérations chirurgicales sollicitées par eux.

Article 4. - L'attribution des allocations n'étant faite qu'à partir du treizième jour de la maladie (et sans effet rétroactif), le médecin traitant délivrera sur demande pour tout acte médical accompli à partir de ce treizième jour, une attestation écrite qui ne portera aucune mention de la maladie, le secret professionnel devant être respecté de façon absolue.

Article 5. - Cette attestation communiquée par le malade au Consortium lui permettra de toucher :

a) Une indemnité journalière fixée par un règlement annexe ;

b) Une indemnité de participation aux frais médicaux de cinq francs par visite, consultation au cabinet ou acte de petite chirurgie ;

c) En cas d'intervention chirurgicale une allocation spéciale de cinquante, cent ou deux cents franc, suivant l'importance de l'opération (trois catégories seront établies). Seule la mention de la catégorie sera portée sur le bulletin.

Article 6. - Lorsqu'il s'agira de la dernière visite, le bulletin en fera mention.

Article 7. - Les consultations entre plusieurs médecins ne donnent pas lieu à indemnité supplémentaire.

Article 8. - L'oeuvre de Sursalaire familial, antérieurement établie, accorde une prime de deux cent francs à chaque naissance. L'accouchement ne donnera

donc lieu à une Allocation-Maladie qu'en cas de complication et à partir du treizième jour après la naissance.

Article 9. - Pour les malades relevant du Bureau de Bienfaisance, de l'Assistance Médicale gratuite, ou d'une oeuvre privée, et recevant gratuitement de ce fait les soins médicaux, les médecins délivreront simplement un bulletin différent de l'attestation ordinaire de maladie, afin de permettre la perception de l'allocation journalière.

Article 10. - Une Commission médicale de contrôle sera instituée pour juger les cas litigieux ; le Consortium et les membres des Syndicats médicaux en acceptant d'avance toutes les décisions.

Article 11. - Cette Commission de contrôle sera composée de cinq membres ; deux élus par le Syndicat médical de Roubaix, deux élus par le Syndicat médical de Tourcoing et le Président pris dans le Bureau de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord, et désigné par lui.

Article 12. - Les contre-visites ou enquêtes seront faites à Tourcoing par un commissaire de Roubaix, à Roubaix par une commissaire de Tourcoing.

Article 13. - Les frais de ces enquêtes et contre-visites seront supportés entièrement par le Consortium.

Article 14. - Les sanctions éventuelles contre les médecins défaillants seront prises par les Syndicats médicaux et la Fédération conformément à leurs statuts.
Avis sera donné au Consortium.

Article 15. - En aucun cas les Syndicats médicaux ou leurs adhérents n'interviendront directement auprès des industriels membres du Consortium pour ce qui concerne l'oeuvre d'Allocation-Maladie. Par réciprocité, le Consortium n'entretiendra aucun rapport direct avec les membres des Syndicats médicaux pris individuellement. Il n'aura de contact, par son Secrétaire général, qu'avec les Bureaux des Syndicats médicaux ou la Commission de contrôle.

Article 16. - Les Syndicats médicaux de Roubaix et de Tourcoing s'engagent à n'accorder leur concours à aucune oeuvre analogue à celle du Consortium à d'autres conditions que celles du présent accord.

Article 17. - Le libre choix du médecin par le malade libère le Consortium de toute responsabilité à l'égard du bénéficiaire en ce qui concerne la compétence des médecins inscrits aux Syndicats médicaux ou la façon dont les soins sont donnés.

Article 18. - Le Consortium a la pleine et entière responsabilité du fonctionnement des sanctions qu'il pourrait être amené à prendre contre les bénéficiaires, de la modification des prestations qu'il pourrait juger utile.

Article 19. - Le présent accord a été conclu pour une période d'essai d'un an, du 1er avril 1924 au 31 mars 1925.

Le Président
du Syndicat médical de Roubaix,
Dr Desrousseaux

Le Président
du Syndicat de Tourcoing,
Dr Bertrand

Le Secrétaire Général
du Consortium de l'Industrie Textile,
Dr Ley."

Source : USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1924, pp. 896 - 898.

Annexe 7 : Articles du projet de loi d'avril 1925 intéressant le corps médical

Remarque : la sélection des articles intéressent le corps médical a été effectuée par l'USMF.

"*TITRE I*
ASSURANCE OBLIGATOIRE

Article 1. - Les assurances sociales couvrent les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès, chômage involontaire par manque de travail et prévoient une participation aux charges de famille et de maternité dans les conditions déterminées par la présente loi.

Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés des deux sexes dont la rémunération totale annuelle, qu'elle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 10 000 francs. Une variation maxima de 2 000 francs en plus ne fait pas obstacle au maintien dans l'assurance obligatoire. Le chiffre limite est augmenté de 2 000 francs par enfant à la charge de l'assuré au sens fixé par l'article 20 de la présente loi.

L'affiliation s'effectue obligatoirement et sous les sanctions prévues à l'article 57, à la diligence de l'employeur, dès la mise en application de la présente loi ou dans le délai de huitaine qui suit l'embauchage. Elle est opérée dans chaque département par les soins du service des assurances sociales qui immatricule l'assuré et lui délivre une carte individuelle d'assurances sociales.

Les salariés étrangers sont assurés comme les salariés français, mais ils ne bénéficient pas des allocations et minima de pensions imputables sur le fonds de majoration créé par la présente loi.

Article 4. - § 1. - L'assurance maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, le conjoint et ses enfants non salariés de moins de seize ans, selon les modalités suivantes :

§ 2. - L'assuré choisit librement son médecin, sa sage-femme, son pharmacien et son chirurgien-dentiste sur une liste locale, établie par sa caisse, des praticiens faisant partie des groupements professionnels avec lesquels la caisse a passé un contrat et de tous ceux qui ont adhéré aux conditions fixées par elle et qu'elle n'aura pas exclus pour motifs graves et légitimes. Les réclamations relatives à ces eclusions pourront être portées devant la commission départementale prévue à l'art. 7.

§ 3. - Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux praticiens de la commune qu'il habite. Si la liste ne comprend pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci doit choisir parmi ceux qui résident dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il décide de faire appel à un autre praticien de la liste, le supplément de frais pouvant en résulter est laissé à la charge de l'assuré.

§ 4. - Les prestations en nature sont réglementées d'après les conventions et évaluées suivant les tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus dans les mêmes conditions.

§ 5. - Leur montant est remboursé par la caisse à l'assuré jusqu'à concurrence de 85 % les trois premiers mois et de 90 % durant les trois mois suivants, s'il s'agit de l'assuré malade et jusqu'à concurrence de 80 % les trois premiers mois et de 87% durant les trois mois suivants s'il s'agit de son conjoint et de leurs enfants de moins de 16 ans.

§ 6. - Après expérience de deux années, toute caisse d'assurance pourra être autorisée sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés.

§ 7. - Elles sont dues à partir de la première consultation médicale qui fixe le début de la maladie, et pendant une période de 6 mois.

§ 8. - Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

Article 5. - Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre son travail, il a droit, à partir du 9è jour qui suit le début de la maladie ou de l'accident, et jusqu'à la guérison, ou jusqu'à l'expiration des 6 mois prévus par l'article 4, à une indemnité journalière égale au demi-salaire moyen quotidien. Le chiffre de ce salaire moyen est obtenu en divisant par 365, soit le montant du salaire annuel résultant des cotisations payées dans les 12 mois qui ont précédé la maladie, soit celui d'un ouvrier de même profession travaillant dans les mêmes conditions.

Pour avoir droit aux prestations en nature et en argent, l'assuré devra avoir cotisé réglementairement, au début de l'application de la loi, 20 jours durant le mois précédent la maladie, à partir du quatrième mois, 50 jours durant les trois mois antérieurs.

Article 6. - L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention, dépendant de la Caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie.

Article 7. - § 1. - Les Syndicats professionnels de praticiens ont la charge respective des services qui les concernent dans le fonctionnement de l'assurance maladie, sans préjudice de la responsabilité personnelle des praticiens.

Ils contrôlent eux-même la façon dont le service est assuré sans qu'il puisse être porté atteinte aux droits propres de la Caisse.

§ 2. - Tout bénéficiaire de l'Assurance maladie doit se prêter au contrôle. L'intéressé peut toutefois exiger qu'il s'effectuera en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

§ 3. - Si l'assuré conteste l'importance de l'incapacité de travail fixée par le médecin ou si la Caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, l'état du malade est apprécié par une Commission composée du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la Caisse, et d'un médecin arbitre choisi par les deux premiers.

§ 4. - En cas d'abus, la Caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

§ 5. - Les conventions passées entre ma Caisse et les Syndicats professionnels sont soumises à une commission départementale, fonctionnant au chef-lieu, composée par tiers de représentants des Caisses, des assurés et des groupements professionnels. Elle est chargée en outre de prévenir et de régler les difficultés entre les divers services et de prendre les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales.

TITRE II
DES CAISSES D'ASSURANCES

Article 21. - L'assuré à qui une carte d'assurances sociales a été délivrée par application de l'article 1er doit posséder un compte individuel ouvert, à son choix, dans l'une des Caisses ci-après : Caisse mutualiste, Caisse syndicale, soit professionnelle, soit agricole, soit patronale, soit ouvrière, Caisse patronale ou coopérative ouvrière, Caisse départementale.

L'assuré qui, au jour de la promulgation de la loi, est affilié à un organisme mutualiste, syndical, professionnel, de retraite, couvrant un ou plusieurs des risques visés par la loi est, sauf désignation contraire de sa part, présumé faire choix de la Caisse créée par cet organisme ou à laquelle celui-ci est rattaché.

Le Conseil d'administration de toute Caisse d'assurance doit comprendre 12 membres dont la moitié au moins d'assurés élus.

Toute Caisse d'assurance doit être préalablement agréée à cet effet par décret rendu sur la proposition du Ministre du Travail et du Ministre des finances.

Les Caisses d'assurances ne peuvent avoir d'autre objet que les assurances sociales constituées par la présente loi, sous réserve des opérations de liquidation se rapportant à la loi du 5 avril 1910, ou découlant des dispositions de la présente loi.

Elles peuvent assurer la totalité des risques visés par la présente loi, à l'exclusion du risque chômage, ou assurer seulement la maladie maternité, auquel cas elles constituent une section de la Caisse qui couvre la totalité des risques.

Les Caisses d'assurances restent responsables des opérations effectuées, pour leur compte, pour le service des prestations, soit par l'organe de sections ou de représentants locaux, soit par l'intermédiaire de sociétés de secours mutuels, de mutualités maternelles de mutualités scolaires ou de caisses de compensation.

Article 23. - Les Caisses peuvent, en vue de réaliser des oeuvres d'intérêt commun, se grouper en Unions départementales ou régionales et aussi en une Fédération nationale.

Article 26. - Les Caisses d'assurance peuvent effectuer leurs placements :

1° Sans limitation :

En valeurs d'Etat ou jouissant de la garantie de l'Etat en obligations foncières ou communales du Crédit Foncier et en obligations des grandes Compagnies de chemins de fer d'intérêt général.

2° Jusqu'à concurrence au plus de moitié :

a) En prêts aux départements, communes, colonies, pays de protectorat, établissements publics et chambres de commerce, ou en valeurs jouissant de la garantie des dits établissements.

b) En prêts aux Sociétés et aux institutions prévues par la loi du 5 décembre 1922 sur les habitations à bon marchés et la petite propriété, par la loi du 5 août 1920 sur le Crédit mutuel et la coopération agricoles, ainsi qu'aux institutions de prévoyance et d'hygiène sociale reconnues d'utilité publique.

c) En prêts hypothécaires individuels sur les habitations à bon marché ou jardins ouvriers, aux personnes peu fortunées visées par la loi du 5 décembre 1922 sur les habitations à bon marché et à la petite propriété, et aux pupilles de la Nation, dans des conditions à fixer par le règlement d'administration publique.

d) En souscription d'actions et d'obligations des Sociétés visées par la loi du 5 décembre 1922 sur les habitations à bon marché et la petite propriété, et la loi du 5 août 1920 sur le crédit mutuel et la coopération agricoles pourvu que les actions acquises soient entièrement libérées et ne dépassent pas les deux tiers du capital social, et sous réserve que les Sociétés visées aient obtenu de l'Etat, dans les conditions prévues par la loi du 5 décembre 1922, soit un prêt à tarif réduit, soit une une subvention.

e) En acquisitions de terrains ou d'immeubles, soit pour la construction ou l'aménagement d'établissements de prévention ou de cure, soit, sous réserve d'acceptation de la Caisse générale de garantie, pour le fonctionnement de la Caisse d'assurances.

f) Enfin, en toutes valeurs reçues en garantie par la Banque de France, ainsi qu'en première hypothèque sur la propriété urbaine bâtie en France, jusqu'à

concurrence d'un montant global de 50 % de la valeur de l'immeuble, sous réserve d'acceptation de la Caisse générale de garantie.

En ce qui concerne les placements prévus aux alinéas b, c, d, e, f, le taux d'intérêts consenti doit être au moins égal au taux moyen des autres placements de la Caisse.

TITRE IV
DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 43. Les salariés de l'Etat, des départements, des communes, des chemins de fer d'intérêt général, du chemin de fer de l'Etat, des chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local, et des tramways, les inscrits maritimes, demeurent respectivement soumis aux législations ou règlements de retraites qui les régissent.

Toutefois, ces règlements devront être maintenus par décret, après avoir été révisés en vue de prévoir des avantages au moins égaux à ceux accordés par la présente loi. Ils devront déterminer le mode de liquidation des droits de l'argent qui viendrait à quitter le service ou l'administration avant d'avoir droit à une pension et le transfert de la valeur de ces droits aux assurances sociales.

Le ministre du Travail devra obligatoirement contresigner les décrets de l'espèce qui devront intervenir dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la présente loi.

Article 46. Le règlement d'administration publique déterminera les mesures de coordination propres à substituer les mesures de coordination propres à substituer au régime des assurances sociales actuellement en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, et de la Moselle, les dispositions de la présente loi, dont la mise en vigueur prendra effet de la même date pour toute la France.

TITRE V
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 56. Pour les différends qui naîtraient de l'exécution de la présente loi et qui seraient déférés aux tribunaux civils, il sera procédé comme en matière sommaire et statué d'urgence.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé de plein droit.

Le recours au Conseil d'Etat contre les arrêtés ministériels statuant sur les réclamations relatives aux allocations prévues par la présente loi, seront formés sans ministère d'avocat et auront lieu sans frais.

Article 65. Il est formé, auprès du Ministre du Travail et sous sa présidence, un Conseil supérieur des assurances sociales, chargé de l'examen de toutes les questions se rattachant au fonctionnement de la présente loi.

Ce conseil est composé de :

2 sénateurs et 3 députés, élus par leurs collègues.

2 conseillers d'Etats, élus par le Conseil d'Etat.

2 délégués du Conseil supérieur du travail, dont un élu par les Conseillers patrons et un par les Conseillers ouvriers.

2 délégués du Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels.

2 membres choisis par le Conseil supérieur du commerce et de l'industrie, un parmi les patrons, un parmi les salariés.

2 membres choisis par le Conseil supérieur de l'agriculture, un parmi les patrons et un parmi les ouvriers, ou employés d'exploitations agricoles.

2 administrateurs ou directeurs de Caisses départementales, nommés par elles.

2 représentants de Caisses syndicales patronales ou agricoles, dont un patron et un ouvrier, nommés par le Ministre du Travailm.

2 représentants des Caisses mutualistes, désignés par ces Caisses.

6 assurés, élus par les adhérents aux Caisses départementales mutualistes, syndicales, agricoles, patronales ou coopératives ouvrières.

4 personnes connues pour leurs travaux sur les questions d'assurance ou de prévoyance sociales, nommée par le Ministre du Travail.

1 délégué de chaque catégorie de groupements professionnels concourant à l'application de la loi, élu par le Syndicat.

Ces membres sont nommés pour quatre ans.

Font partie de droit du Conseil :

Le directeur général de la comptabilité publique.

Le directeur du budget et du contrôle financier et le chef du service de l'inspection générale des finances.

Le directeur général des assurances sociales et le chef du service du contrôle général du Ministre du Travail.

Le directeur général de la caisse des Dépôts et Consignations.

Le directeur de l'assistance publique et de l'hygiène au Ministère du Travail.

Le directeur de la Mutualité au Ministère du Travail.

Le directeur des affaires départementales et communales au Ministère de l'intérieur.

Le directeur de la Caisse générale de garantie.

Il nomme une section permanente composée de :

1° Seize membres, pris dans son sein, dont un sénateur, un député, un conseiller d'Etat, un délégué du Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels, deux employeurs, deux ouvriers et deux employés de l'industrie et du commerce, un exploitant, un ouvrier agricole, deux techniciens des questions d'assurances et deux praticiens des syndicats professionnels.

2° Des membres de droit.

La section permanente donne son avis sur les questions qui lui sont renvoyées, soit par le Conseil supérieur, soit par le Ministre du Travail.

Le Conseil élit ses deux vices-président.

Il se réunit au moins une fois par semestre.

Article 66. Dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi, un règlement général d'administration publique, réunissant les divers règlements qu'elle prévoit et rendu sur la proposition du Ministère du Travail et des Ministres intéressés, déterminera toutes les dispositions nécessaires à son application, qui entrera en vigueur trois mois après la publication de ce règlement.

La présente loi ne sera applicable aux colonies que lorsque seront intervenus les règlements d'administration publique déterminant les conditions dans lesquelles ladite application pourra avoir lieu."

Source : USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1925, pp. 384 - 399.

Annexe 8 : Retranscription partielle du projet de loi de décembre 1925

Remarque : Il s'agit d'une sélection d'articles effectuée par l'USMF. Toutefois, l'Union ne les retranscrit pas intégralement et se contente, pour bon nombre d'articles, de résumer leur contenu de façon très générale en y apportant des commentaires. Pour un maximum d'objectivité nous nous limiterons ici à retranscrire les articles dont nous connaissons le texte exact, les autres écrits de l'USMF n'apportant que peu d'informations supplémentaires par rapport à l'analyse par article exposée dans notre travail.

"*Art. 1. - § 1. Les assurances sociales couvrent les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès, chômage involontaire par manque de travail et comportent une participation aux charges de famille et de maternité dans les conditions déterminées par la présente loi.*

§ 2. - Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés des deux sexes dont la rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 12 000 fr. Le chiffre limite est augmenté de 2 000 fr. par enfant à la charge de l'assuré au sens fixé par l'article 20 de la présente loi. L'ouvrier de moins de 16 ans travaillant en vertu d'un contrat d'apprentissage n'est pas considéré comme salarié même s'il reçoit une rémunération."

L'Union ne cite pas les paragraphes 3 et 4.

"*Art. 2. - § 1. Les ressources des assurances sociales sont constituées en dehors des contribution de l'Etat, par un versement égal à 10 % du montant global des salaires jusqu'à concurrence du maximum de 12 000 fr. : 5 % à la charge de l'ouvrier, retenus lors de sa paye, 5 % à la charge du patron, à qui incombe, sous les sanctions prévues à l'article 64, le versement de cette double contribution sous forme de vignettes, timbres, timbres mobiles, chèques postaux ou autre mode de libération à prévoir par le règlement général d'administration publique.*"

Les paragraphes suivants (2 à 7) ne sont pas cités.

"*Art. 4. - § 1. L'assurance maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires, pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, selon les modalités suivantes :*

§ 2. - L'assuré choisit librement son praticien sur une liste locale établie, d'un commun accord, entre les caisses et les syndicats professionnels affiliés aux Unions Nationales. Cette liste comprendra les praticiens faisant partie des Groupements professionnels avec lesquels la Caisse a passé un contrat et tous les praticiens qui auront adhéré aux conditions fixées et qui n'auront pas été exclus pour motifs graves et légitimes. Les réclamations relatives à ces exclusions pourront être portées devant la Commission tripartite prévue à l'article 7.

§ 3. - Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. Si la liste ne comprend pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci doit choisir parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien de la liste, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

§ 4. - Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les Caisses et les Syndicats professionnels.

§ 5. - Leur montant est supporté ou remboursé par la Caisse, au choix des intéressés. La participation de l'assuré aux frais médicaux est fixée par la Caisse entre 10 et 15 % et réalisée, pour la visite, à l'aide d'un ticket. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 10 %. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

§ 6. - Après expérience d'au moins une année, toute Caisse d'assurance pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés.

§ 7. Les prestations en nature sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale, et pendant une période de six mois.

§ 8. - Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affectation est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

§ 9. - L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs peut se prévaloir des dispositions des paragraphes 1 et 7 ci-dessus.

Art. 5. - § 1. - Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale continuer ou reprendre le travail, il a droit, à partir du 6è jour qui suit le début de la maladie ou de l'accident, et jusqu'à guérison ou jusqu'à l'expiration des six mois

prévus à l'article 4, à une indemnité par jour ouvrable égale au demi-salaire moyen quotidien. Le chiffre de ce salaire moyen est retenu en divisant par 300, soit le montant du salaire annuel résultant des cotisations payées dans les douze mois qui ont précédé la maladie, soit celui d'un ouvrier de même profession travaillant dans les mêmes conditions."

Les paragraphes 2 à 4 ne sont pas cités.

"*Art. 6. - § 1. L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la Caisse d'assurance dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle.*"

L'Union ne retranscrit pas le paragraphe 2.

"*Art. 7. - § 1. - Les syndicats professionnels de praticiens ont la charge respective des services qui les concernent dans le fonctionnement de l'assurance maladie, sans préjudice de la responsabilité personnelle des praticiens. Ils contrôlent eux-mêmes la façon dont le service est assuré sans qu'il soit porté atteinte aux droits propres de la Caisse.*

§ 2. - Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectueront en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

§ 3. - Si l'assuré conteste l'importance de l'incapacité de travail fixée par le médecin, ou si la Caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, l'état du malade est apprécié par une Commission composée du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la Caisse, et d'un troisième médecin choisi par les deux premiers pour les départager.

§ 4. - En cas d'abus, la Caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

§ 5. - Les conventions passées entre la Caisse et les Syndicats professionnels de praticiens ou avec les établissements de soins sont soumis à une Commission tripartite fonctionnant au chef-lieu, composée par tiers de représentants des Caisses, des groupements professionnels et, pour le dernier tiers, de représentants de l'Office des assurances sociales. Elle est chargée en outre, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales."

Les articles suivant 8 à 43 ne sont pas cités. Le contenu de certains est toutefois brièvement résumé par l'Union (cf. "analyse par article" dans notre travail),

notamment pour les articles 26 à 37 sur le fonctionnement des caisses et 38 à 43 sur l'assurance facultative.

"*Art. 44. - § 1. - A partir de la mise en application de la présente loi, les Caisses de retraite dont le service incombe à l'employeur, les caisses précédemment organisées même sous forme d'associations ou de sociétés civiles par les patrons avec ou sans le concours des ouvriers et employés, les caisses de retraite autorisées conformément à la loi du 27 décembre 1895 et celles qui se sont conformées aux dispositions de l'article 29 de la loi du 5 avril 1910 pourront être autorisées, par décret rendu par le Ministre du Travail, à continuer leurs opérations, sous forme de Caisses primaires, s'il résulte d'un inventaire technique que leur situation financière suffit à garantir leurs engagements antérieurs.*"

Les paragraphes 2 à 5 ne sont pas cités.

"*Art. 49. - § 1. - Les salariés de l'Etat, des départements, des communes, des chemins de fer d'intérêt général, du chemin de fer de l'Etat, des chemin de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et des tramways, les ouvriers mineurs et ardoisiers, les inscrits maritimes et tous les autres salariés dont l'assurance couvre les divers risques couverts par la présente loi résulte de dispositions légales ou réglementaires demeurent respectivement soumis aux législations ou règlements de retraites qui les régissent à l'égard des risques garantis par la présente loi.*"

Les paragraphes 2 et 3 ne sont pas cités.

"*Art. 52. - La présente loi est applicable aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Toutefois, le règlement général d'administration publique déterminera les mesures de coordination propres à substituer, dans un délai maximum de cinq ans, au régime des assurances sociales actuellement en vigueur, les dispositions du présent texte et toutes autres mesures transitoires.*"

Les articles 53 à 74 sur les dispositions générales ne sont pas retranscrits, exception faite du paragraphe 1 de l'article 63, de l'article 68 et de l'article 72. Cette partie du texte de loi n'est que brièvement résumée par l'Union.

L'article 63, § 1, complète l'article 7, § 5, en ce qui concerne les juridictions compétentes en cas de litiges et, en l'occurrence, en ce qui concerne les différents ne relevant pas de la commission tripartite. Voici son contenu :

"Art. 63 - § 1. - *Les différents qui naîtraient de l'exécution de la présente loi si non soumis à une procédure spéciale iront en conciliation devant une commission cantonale constituée par l'Office départemental, composée du juge de paix, président, d'un assuré, d'un employeur ou d'un représentant de la Caisse*

départementale. En cas de non conciliation, appel peut être fait devant les tribunaux civils qui statueront comme en matière sommaire."

"Art. 68 - § 1. - *Un office national des assurances sociales est chargé de l'application de la présente loi : des offices départementaux concourent à cette application. Ces Offices constituent des établissements publics et fonctionnent sous le contrôle de l'Etat dans les conditions de la présente loi. La direction actuelle des retraites et des assurances sociales est transformée en Direction générale de l'Office national des assurances sociales.*"

"§ 2. - *Un contrôle général sur l'application administrative financière et technique [...] se rattachant à l'exécution de la présente loi est créé auprès du ministre du travail.*"

"§ 3. - *L'Office national et les Offices départementaux sont administrés par un Conseil d'administration dans les conditions suivantes :*

Le Conseil d'administration de l'Office national est constitué par la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales prévu à l'article 73 et présidé par le ministre du travail.

Le Conseil d'administration délibère sur les dispositions relatives à l'organisation du service des assurances sociales et sur les mesures propres à assurer l'application de la loi. Il établit les comptes relatifs au fonctionnement des assurances sociales et la statistique propre à l'évaluation des risques assurés en vertu de la présente loi, dont il résume les résultats dans un rapport annuel qui rend compte de l'application générale de la loi.

Ce rapport est adressé au Président de la République. Il est publié à l'Officiel et distribué aux Chambres."

"§ 4. - *Le Conseil d'administration de chaque Office comprend : cinq représentants des assurés, un représentant des employeurs, un praticien [...] élus, les uns et les autres par les membres du Conseil d'administration des Caisses départementales et primaires, ainsi qu'un représentant du ministre du travail et un représentant du ministre des finances. [...] Le personnel de direction des Offices départementaux est nommé par un arrêté du ministre du travail. [...]*"

"§ 5. - *L'Office départemental assure l'application de la loi, et notamment l'immatriculation ou la radiation des assurés, ainsi que la délivrance des cartes individuelles d'assurance sociale. Il reçoit les déclarations, bordereaux et fiches de versements, établis pour les employeurs et les transmet après vérification aux assurés intéressés. Il contrôle le recouvrement et provoque les créditements par les établissements financiers des sommes revenant aux diverses caisses d'assurances. Il établit la liste sur laquelle sont choisis les membres de la Commission de conciliation prévue à l'art. 63. Il surveille l'emploi des dépenses imputables sur les fonds de majoration et de solidarité.*"[1575]

1575 Les coupures dans le texte on été effectuée par l'Union. Nous n'avons pas retrouvé de version intégrale de l'article.

“Art. 72 - Il est formé auprès du ministre du travail et sous sa présidence un Conseil supérieur des assurances sociales chargé de l’examen de toutes les questions se rattachant au fonctionnement de la présente loi.

Il donne notamment son avis sur tous les projets et propositions de la loi ou règlements relatifs aux assurances sociales.

Ce Conseil est composé de :

Deux sénateurs et trois députés élus par leurs collègues ;

Deux conseillers d’Etat élus par le Conseil d’Etat ;

Deux délégués du Conseil supérieur de l’Assistance publique, désignés par lui.

Deux délégués du Conseil supérieur du travail dont un élu par les conseillers patrons et un par les conseillers ouvriers ;

Deux délégués du Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels élus par lui ;

Deux membres choisis par le Conseil supérieur du commerce et de l’industrie, un parmi les patrons, un parmi les salariés ;

Deux membres choisis par le conseil supérieur de l’agriculture, un parmi les patrons, un parmi les ouvriers ou employés d’exploitation agricole ;

Quatre administrateurs ou directeurs de Caisses départementales nommés par les membres des Conseils d’administration des Caisses ;

Quatre administrateurs ou directeurs des Caisses primaires, nommés par les membres des Conseils d’administration de ces Caisses ;

Six assurés élus par les membres des Conseils d’administration des Caisses départementales :

Six assurés élus par les membres des Conseils d’administration des Caisses primaires ;

Quatre personnes connues pour leurs travaux sur l’assurance ou la prévoyance sociale, nommés par le ministre du travail ;

Six délégués de groupements professionnels de praticiens, dont trois médecins désignés par l’Union nationale des syndicats médicaux ;

Trois représentants élus par les membres des Commissions paritaires des Offices de l’enfance, dont un assuré et un employeur…

Quatre représentants des Offices départementaux élus par les membres des Conseils d’administration des ces Offices.

Ces membres sont nommés pour quatre ans.

Font partie de droit du Conseil : le directeur général de la comptabilité publique, le directeur du budget et du contrôle financier, le chef du service de l’inspection générale des finances, le directeur général de l’Office national des assurances sociales et le chef du service du contrôle général du ministre du travail, le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations, le gouverneur de la Banque de France ou son représentant, le directeur de l’assistance et de l’hygiène

au ministère du travail, le directeur des affaires départementales et communales au ministre de l'intérieur, le directeur général de la caisse générale de garantie."

Addendum : "*Le Conseil supérieur des assurances sociales élit en son sein une section permanente composée de : 1°……., 2° un sénateur, un député, un conseiller d'Etat, un employeur, un exploitant agricole, un technicien des questions d'assurance, trois représentants des Syndicats professionnels de praticiens dont deux médecins, 3° les membres de droit suivants : ……*

La section permanente constitue le Conseil d'administration de l'Office national des assurances sociales. Elle donne, en outre, son avis sur les questions qui lui sont renvoyées soit par le Conseil supérieur, soit par le ministère du travail. Elle se subdivise en quatre sous-sections : administrative, juridique, technique, médico-pharmaceutique. Cette dernière sous-section comprendra au moins deux médecins."

Source : USMF, *Le Médecin syndicaliste*, 1926, pp. 131 - 133 et pp. 190 - 196.

Afin de vérifier son exactitude, la retranscription de l'USMF a été comparée à les sources suivantes :

- Centre de recherche et d'action sociales, *Les assurances sociales 3*, in *Action populaire*, n° 68, Paris : Editions Spes, 1926, pp. 13 - 24 ;
- Chambres de commerce, associations industrielles, métallurgiques et minières, coopérations d'assurance contre les accidents, groupements de caisses d'entreprises du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, *Le projet de loi d'assurances sociales, et son application dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle - opinion des chambres de commerce, associations industrielles, métallurgiques et minières, coopérations d'assurance contre les accidents, groupements de caisses d'entreprises du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle*, Mulhouse : J. Brinkmann, 1927, pp. 15 - 16.

Annexe 9 : Articles essentiels de la loi du 5 avril 1928

Remarque : En raison de sa longueur totale (une trentaine de pages), nous ne reprenons ici que les articles les plus importants de la loi du 5 avril 1928, en recoupant les sélections effectuées par Pierre Leclerc[1576] dans son ouvrage et par l'USMF en 1926[1577]. Nous y avons toutefois ajouté quelques paragraphes importants dans le cadre de la participation du corps médical aux assurances sociales. Une version complète du texte est disponible en ligne dans le catalogue numérique de la bibliothèque nationale de France : http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k61493738

"*TITRE PREMIER*
Assurance obligatoire

Article premier. — 1. Les assurances sociales couvrent les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès et comportent une participation aux charges de famille, de maternité et de chômage involontaire par manque de travail, dans les conditions déterminées par la présente loi.

2. Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés des deux sexes dont la rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne. dépasse pas 18.000 fr. Le chiffre-limite est augmenté de 2.000 fr. par enfant à partir du deuxième à la charge de l'assuré, au sens fixé par l'article 20 de la présente loi ; il est diminué de 3.000 fr. pour les salariés sans enfant à charge.

Les métayers travaillant d'ordinaire seuls ou avec l'aide des membres de leur famille, conjoint, ascendants ou descendants et ne possédant aucune partie du cheptel, sont assimilés aux salariés.

Les propriétaires de corps de biens donnés à métayage sont assimilés aux employeurs.

3. L'affiliation s'effectue obligatoirement et sous les sanctions prévues à l'article 64, à la diligence de l'employeur, dans le délai de huitaine qui suit l'embauchage. Elle est opérée dans le département par les soins de l'office des assurances sociales qui immatricule l'assuré et lui délivre une carte individuelle d'assurances sociales.

4. Les salariés étrangers ayant leur résidence réelle et permanente en France sont assurés comme les salariés français ; mais ils ne bénéficient pas des allocations et des fractions de pensions imputables sur le fonds de majoration et de solidarité créé par la présente loi.

1576 Se reporter aux sources de cette annexe.
1577 USMF, *Le Médecin syndicaliste*, 1926, pp. 131 - 133 et pp. 190 - 196.

Art. 2. — 1. Les ressources des assurances sociales sont constituées, en dehors des contributions de l'Etat, par un versement égal à 10 % du montant global des salaires jusqu'à concurrence du maximum de 15.000 fr. : 5 % à la charge de l'assuré retenus lors de sa paye et au moins une fois par mois, 5 % à la charge de l'employeur à qui incombe, quelle que soit la durée d'occupation du salarié, sous les sanctions prévues à l'article 64, le versement de cette double contribution, sous forme de vignettes, timbres, timbres mobiles, chèques postaux ou autre mode de libération à déterminer par le règlement général d'administration publique prévu par l'article 73 de la présente loi.

[...]

6. La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge, toute convention contraire étant nulle de plein droit.

7. Aux versements obligatoires, les salariés ou leurs employeurs peuvent ajouter, sans limitation de valeur, des versements facultatifs qui donnent droit à des avantages supplémentaires.

[...]

Art. 3. — 1. L'assujettissement obligatoire aux assurances sociales cesse à l'âge de 60 ans. Le salarié a la faculté d'ajourner, d'année en année, la liquidation de ses droits à la retraite jusqu'à 65 ans. Il demeure, dans cette situation, assuré contre les divers risques, s'il continue à travailler.

2. L'assuré retraité pour vieillesse qui continue à travailler est exonéré de la retenue de 5 %.

3. La contribution patronale de 5 % est due pour l'emploi : a) de tout salarié français ou étranger dont la retraite, constituée sous un régime résultant de dispositions légales ou réglementaires, est liquidée ou en instance de liquidation ; b) de tout salarié français ou étranger âgé de 60 ans, ou plus, qui ne bénéficierait d'aucune retraite constituée dans ces conditions.

4. Cette contribution est versée au fonds de majoration et de solidarité sous les sanctions prévues à l'article 64, dans les formes et les délais fixés par le règlement général d'administration publique.

Risque maladie

Art. 4. — 1. L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires, pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, selon les modalités suivantes :

2. L'assuré choisit librement son praticien.

3. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites

à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. S'il n'y a pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci choisit parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien ou, en général, à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

4. Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels.

5. Leur montant est supporté par la caisse ou remboursé par elle à l'assuré suivant les conditions déterminées dans les contrats. La participation de l'assuré aux frais médicaux, en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus, est fixée par la caisse entre 15 et 20 % et réalisée également suivant le mode prévu aux dits contrats. Le faux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 %. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

6. Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurances pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés.

7. Les prestations en nature sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

8. Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

9. L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs peut se prévaloir des dispositions des paragraphes 1 et 7 ci-dessus.

Art. 5. — 1. Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, il a droit, à partir du sixième jour qui suit le, début de la maladie ou l'accident, et jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'expiration des six mois prévus à l'article 4, à une indemnité par jour ouvrable égale au demi-salaire moyen quotidien. Le chiffre de ce salaire moyen est obtenu en divisant par 300, soit le montant du. salaire annuel résultant des cotisations payées dans les douze mois qui ont précédé la maladie, soit celui d'un ouvrier de même profession travaillant dans les mêmes conditions.

[...]

Art. 6. — 1. L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle.

2. En cas d'hospitalisation, les frais supportés, par la caisse seront contenus dans des limites qui ne. dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à l'égard des malades admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite ou des accidentés du travail admis sous le régime de la loi du 9 avril 1898.

3. L'allocation à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite, en cas d'hospitalisation :

Du tiers, si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge ;

De la moitié, si l'assuré est marié sans enfant ni ascendant à sa charge ;

Des trois quarts, dans tous les autres cas.

Art. 7. — 1. La caisse exerce un contrôle général sur l'ensemble des services, les administrations hospitalières sur leurs établissements. Les syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur la demande de la caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés.

2. Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectueront en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

3. Si une contestation s'élève entre l'assuré et le médecin, en ce qui concerne l'état du malade, ou si la caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, cet état est apprécié par une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la caisse, et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin sera un médecin expert désigné par le président du tribunal civil.

4. En cas d'abus, la caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

5. Les conventions passées entre, la caisse et les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins sont soumises à une commission tripartite, fonctionnant au chef-lieu, composée par tiers, de représentants des caisses, des groupements professionnels et, pour le dernier tiers, de représentants de l'office des assurances sociales. Sauf pour le contrôle du service médical, elle est chargée, en outre, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux, et de prendre foutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales. En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel devant la section permanente, les litiges qui naîtraient, entre, les parties contractantes, de l'application des dites conventions.

Maternité

Art. 9. — 1. Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assuré et la femme de l'assuré bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques dans les conditions et limites fixées par les articles 4 et 5.

2. Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle, cesse tout travail salarié durant cette période et qu'elle ait cotisé réglementairement soixante jours pendant les trois mois qui ont précédé l'état de grossesse. Pour le calcul du salaire annuel, il est fait état des cotisations payées dans les douze mois antérieurs à cette grossesse.

3. En cas de grossesse pathologique de l'assurée, entraînant application des assurances maladie, invalidité, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide. Les dispositions de l'article 10 reçoivent application six mois après l'accouchement.

4. L'assurée qui allaite son enfant et qui remplit les conditions fixées par l'article 5, paragraphe 3, a droit, durant la période d'allaitement et pendant un an au maximum, à une allocation mensuelle spéciale de 100 fr., pendant les deux premiers mois, de 75 fr. le troisième, de 50 fr. du quatrième au sixième, de 25 fr. du septième au neuvième, de 15 fr. du dixième au douzième.

5. L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter complètement son enfant peut, si l'enfant est élevé chez elle, recevoir, pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin, des bons de lait, dont la valeur n'excédera, dans aucun cas, les deux tiers de la prime d'allaitement.

6. Le payement des allocations ci-dessus visées est subordonné à l'observation, par la bénéficiaire, des prescriptions qui doivent être faites par la caisse d'assurances, notamment en ce qui concerne les visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des .consultations maternelles et des consultations de nourrissons.

Risque invalidité

Art. 10. — 1. L'assuré qui, à l'expiration du délai de. six mois, prévu à l'article 4, ou en cas d'accident, après consolidation de la blessure, reste encore atteint, suivant attestation médicale, d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail a droit, d'abord, à titre provisoire, puis, s'il y a lieu, à titre définitif, à une pension d'invalidité.

[...]

.

Art. 11. — Pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis deux ans au moins avant la maladie et par suite posséder à

son compte les versements correspondants au moins à quatre cent quatre-vingts jours de travail durant les deux ans précédant le début de l'affection ou l'accident.

Art. 12. — 1. La pension d'invalidité est fixée, à titre provisoire, pour une durée de cinq années.

2. Pendant cette période, l'assuré bénéficie des dispositions de l'article 4, en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques. Les règles fixées par l'article 6, paragraphe 3, sont applicables.

[...]

5. La pension est supprimée si la capacité de travail devient supérieure à 50 %. Cette suppression prend effet à la date de la constatation médicale.

[...]

Risque-vieillesse

Art. 13. — 1. L'assurance-vieillesse garantit une pension de retraite au salarié, qui a atteint l'âge de 60 ans.

2. L'assuré peut ajourner jusqu'à soixante-cinq ans la liquidation de sa pension. Pour les assurés de la période transitoire, un délai minimum de cinq ans de versements est exigé pour ouvrir le droit à la pension de retraite, sans toutefois que l'entrée en jouissance puisse être retardée au delà de 65 ans.

Art. 14. — 1. Sur le montant de la double contribution prévue à l'article 2, il est affecté à la constitution d'une rente viagère de vieillesse, au profit de l'assuré, une somme fixée annuellement par décret et qui ne sera pas inférieure à 3 1/2 p. 100 pour les assurés ayant atteint ou dépassé trente ans et à 2 p. 100 pour les assurés n'ayant pas atteinl cet âge. Les versements sont capitalisés à un compte individuel d'assurance à capital aliéné ou réservé, au gré de l'assuré.

[...]

Art. 15 .— 1. Pour tout assuré pouvant, justifier à l'âge de 60 ans, ou jusqu'à l'âge de 65 ans, d'au moins trente années entières de versements correspondant chacune à un minimum de 240 jours de travail, la pension de vieillesse ne sera pas inférieure à 40 % du salaire moyen annuel, résultant des cotisations obligatoires payées chaque année depuis l'âge de 16 ans.

[...]

Risque-décès

Art. 19. — 1. L'assurance-décès garantit aux ayants droit de l'assuré le payement, à son décès, d'un capital fixé à 20 % de son salaire annuel moyen [...].

[...]

Chômage

Art. 21. — 1. La garantie contre le chômage est accordée dans les conditions déterminées ci-après à tout assuré obligatoire de nationalité française ayant un contrat de travail, et se trouvant en état de chômage involontaire par manque de travail.

2. Elle assure, pour une durée maximum de trois mois par période de douze mois, le versement des cotisations de 10 % du salaire calculé suivant les règles établies pour l'assurance-maladie.

Art. 22. — 1. Pour être admis au bénéfice de la garantie contre le chômage, l'assuré devra compter, immédiatement avant la période de chômage, une année entière d'affiliation ininterrompue aux assurances sociales et remplir les mêmes conditions de cotisai ions que celles imposées pour l'assurance-maladie.

2. L'assuré en chômage est maintenu dans ses droits à l'assurance pendant une période de six mois. Ces droits sont rapportés pour les trois premiers mois au salaire moyen antérieur au chômage et pour les trois derniers mois à la moitié de ce salaire moyen.

TITRE II
Les caisses d'assurance

Art. 26. — 1. La gestion des assurances sociales est confiée dans chaque département à une caisse départementale unique qui doit ouvrir un compte à tout assuré immatriculé et à des caisses primaires. Ces organismes qui fonctionnent dans le cadre départemental sont constitués et administrés conformément aux prescriptions générales de la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels, sous réserve des dispositions de la présente loi. Ils fonctionnent, pour la couverture des risques et l'attribution des prestations, dans les conditions de la présente loi.

2. Les caisses primaires ont pour objet ou la maladie, la maternité, les soins aux invalides et le décès, ou la maladie, les soins aux invalides et le décès, ou la maternité ou, s'il y a lieu, et, seulement pour les caisses existant six mois avant la mise en application de la présente loi et visées à l'article 26 (§ 4) et à l'article 44, soit la vieillesse, soit la vieillesse et l'invalidité si elles groupent au moins 100.000 assurés. Les sociétés ou unions de sociétés régies par la loi du 1er avril 1898, les syndicats professionnels et unions de syndicats régulièrement constitués, en application de la loi du 21 mars 1884, ainsi que les caisses d'assurances ou de réassurances mutuelles agricoles visées par la loi du 4 juillet 1900 peuvent, fonder une caisse primaire pour les assurés appartenant à ces organismes et les membres de leur famille. Les assurés peuvent se grouper spontanément pour la création d'une caisse primaire. Les caisses primaires doivent assurer soit directement, soit

par l'intermédiaire de sections locales le service local des prestations. Toutefois, lorsqu'elles sont fondées par des caisses de réassurances constituées en application de la loi du 1er avril 1898 ou de la loi du 4 juillet. 1900, elles sont admises à assurer ce service par l'intermédiaire des organismes locaux affiliés aux dites caisses de réassurance.

3. L'assuré qui, six mois avant la mise en application de la loi, appartiendra en qualité soit de membre participant, soit de membre honoraire, à une société de secours mutuels fonctionnant dans les conditions de la loi du 1er avril 1898 est présumé, sauf désignation contraire de sa part clans un délai de deux mois, faire choix de la caisse primaire à laquelle cette société, ou l'union dont elle fait partie, se rattache par un lien effectif. Si l'assuré est affilié à plusieurs sociétés de secours mutuels, il indique éventuellement celle dont il entend dépendre pour la présomption d'affiliation.

[...]

7. Le conseil d'administration de la caisse départementale et des caisses primaires doit comprendre dix-huit membres au moins, dont la moitié au moins d'assurés élus, et, à titre de membres honoraires admis par l'assemblée générale avec ou sans payement de cotisation, deux praticiens choisis sur une liste présentée par les syndicats professionnels prévus à l'article 4 et, sauf dans les caisses primaires fondées par les assurés, au moins six employeurs choisis sur une liste présentée par les employeurs d'assurés adhérents à la caisse ou qui en dépendent.

[...]

Art. 28. — 1. La caisse départementale transfère aux caisses primaires, pour chacun des adhérents à ces caisses, la portion de cotisation afférente aux risques qu'elles sont autorisées à couvrir et sous réserve de l'application des articles 32, 69 et 70. Elle reste responsable des opérations effectuées par les caisses primaires.

2. La caisse départementale rétrocède aux caisses primaires, ainsi qu'aux sociétés on sections locales chargées du service des prestations, une partie des remises de gestion qu'elle reçoit, dans les conditions fixées par décret rendu sur la proposition du Ministre du travail après avis de l'office national des assurances sociales.

3. Les caisses départementales peuvent se grouper en unions régionales et en une fédération nationale, notamment en vue de réaliser des oeuvres d'intérêt commun, telles que : organisations d'hygiène sociale, établissements de prévention et de cure, sanatoriums, dispensaires, maisons de convalescence et de retraite.

[...]

TITRE III
Assurance facultative

Art. 37. — 1. Les fermiers, cultivateurs, métayers non visés à l'article 1er, artisans, petits patrons, les travailleurs intellectuels non salariés et, d'une manière générale, tous ceux qui, sans être salariés, vivent principalement du produit de leur travail, à la condition qu'ils soient de nationalité française et que le produit annuel de leur travail n'excède pas 18.000 francs, ainsi que les assurés visés à l'article 43, paragraphes 2 et 4, peuvent être admis facultativement en opérant des versements à l'une des caisses visées par les articles 26 et 44, dans les conditions énumérées par le présent titre, au bénéfice des assurances sociales.

[...]

TITRE IV
Dispositions transitoires

Art. 44. — 1. A partir de la mise en application de la présente loi, les caisses de retraites existantes dont le service incombe à l'employeur, les caisses précédemment organisées même sous forme d'associations ou de sociétés civiles par les patrons avec ou sans le concours des ouvriers et employés, les caisses de retraites autorisées conformément à la loi du 27 décembre 1895 et celles qui se sont conformées aux dispositions de l'article 29 de la loi du 5 avril 1910 ou de l'article 96 du décret du 25 mars 1911 pourront être autorisées, par décret rendu sur la proposition du Ministre du travail, à continuer leurs opérations s'il résulte d'un inventaire technique que leur situation, financière suffit à garantir leurs engagements antérieurs et, comme caisses primaires, à assurer, au profit du personnel soumis aux obligations légales, les prestations découlant de la présente loi. Ces caisses, ainsi que les caisses mutualistes et autonomes visées à l'article 26, paragraphes 2 et 4, de la présente loi, pourront, à titre exceptionnel, et seulement pour les risques vieillesse et invalidité, après avis du conseil supérieur des assurances sociales, avoir des sections locales en dehors du département du siège social.

[...]

Art. 49. — 1. Les salariés d'Etat, des départements, ides communes, des chemins de fer d'intérêt général, des chemins de fer de l'Etat, des chemins de fer d'intérêt général secondaires et d'intérêt local et des tramways, les ouvriers mineurs et ardoisiers et le personnel de leur caisse autonome, les inscrits maritimes et les agents du service général demeurent respectivement soumis aux législations ou règlements qui les régissent à l'égard des risques garantis par la présente loi.

[...]

Art. 52. — La présente loi ne sera applicable aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle qu'en vertu d'une loi spéciale qui déterminera la date d'application, ainsi que les mesures de coordination propres à substituer au régime des assurances sociales actuellement en vigueur dans ces trois départements, les dispositions du présent texte et toutes autres mesures transitoires.

[...]

TITRE V
Dispositions générales

Art. 63. — 1. Les difficultés auxquelles donne lieu l'exécution de la présente loi sont soumises, par lettre recommandée, à une commission cantonale composée du juge de paix, président, d'un employeur et d'un assuré assistés du greffier du juge de paix.

[...]

Art. 68. — 1. Un office national des assurances sociales est, chargé de l'application de la présente loi ; des offices départementaux et interdépartementaux concourent, à cette application. Ces offices constituent des établissements publics et fonctionnent sous le contrôle de l'Etat dans les conditions de la présente loi. La direction actuelle des retraites et des assurances sociales sera dans les douze mois qui suivront la promulgation de la présente loi, transformée en direction générale de l'office national des assurances sociales.

2. Le contrôle général de l'application de la présente loi est confié au service actuel de contrôle des retraites fonctionnant auprès du Ministre du travail.

[...]

5. Les offices départementaux et interdépartementaux assurent l'application de la loi et, notamment, l'immatriculation et la radiation des assurés ainsi que la délivrance des cartes individuelles d'assurances sociales. Ils reçoivent les déclarations d'affiliation, bordereaux et pièces de versements des contributions remis ou adressés par les employeurs et les transmettent après vérification aux organismes intéressés. Ils contrôlent le recouvrement et provoquent le créditement par la caisse des dépôts et consignations, des sommes revenant aux diverses caisses d'assurances et à la caisse générale de garantie. Ils établissent, la liste sur laquelle sont choisis les membres de la commission de conciliation prévue à l'article 63. Ils surveillent l'emploi des dépenses imputables sur le fonds de majoration et de solidarité.

6. Les frais de fonctionnement des divers services et caisses qui concourent à l'application de la loi sont, dans la limite maximum de 5 %, du montant total de toutes les cotisations, supportés par le fonds de majoration et de solidarité.

Art. 69. — 1. Il est créé pour l'application de la présente loi un fonds de majoration et de solidarité et un fonds de garantie et de compensation.

[...]

Art. 71. — 1. Le fonds de majoration et de solidarité et le fonds de garantie et de compensation sont gérés par la caisse générale de garantie créée par la présente loi et organisée dans les douze mois qui suivront la promulgation. Cette caisse relève du Ministre du travail ; elle jouit de la personnalité civile et de l'autonomie financière, et est représentée en justice par son directeur général nommé par décret rendu sur la proposition du Ministre du travail.

[...]

Art. 72. — Il est formé, auprès du ministre du travail et sous sa présidence, un conseil supérieur des assurances sociales, chargé de l'examen de toutes les questions se rattachant au fonctionnement de la présente loi. Il donne notamment son avis sur tous les projets et propositions de lois et de règlements relatifs aux assurances sociales.

Ce conseil est composé de :

2 sénateurs et 3 députés, élus par leurs collègues.

3 maires et 2 conseillers généraux désignés par le ministre de l'intérieur.

2 conseillers d'Etat, élus par le conseil d'Etat.

1 délégué du conseil supérieur de l'assistance publique désigné par le conseil.

2 délégués du conseil supérieur du travail, dont un élu par les conseillers patrons et un par les conseillers ouvriers.

2 délégués du conseil supérieur des sociétés de secours mutuels, élus par le conseil.

2 membres choisis par le conseil supérieur du commerce et de l'industrie, un parmi les patrons, un parmi les salariés.

2 membres désignés par le conseil supérieur de la coopération, un désigné par la section de consommation, un désigné par la section de production.

2 membres choisis par le conseil supérieur de l'agriculture, un parmi les patrons, un parmi les ouvriers ou employés d'exploitations agricoles.

1 délégué de la commission supérieure de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse, désigné par cette commission.

2 représentants élus par les membres du conseil d'administration des caisses de réassurances mutuelles agricoles régies par la loi du 4 juillet 1900.

3 directeurs ou administrateurs des caisses départementales nommés par les membres des conseils d'administration de ces caisses.

3 directeurs ou administrateurs des caisses primaires nommés par les membres des conseils d'administration de ces caisses.

4 assurés élus par les membres des conseils.d'administration des caisses départementales.

4 assurés élus par les membres des conseils d'administration des caisses primaires.

3 personnes connues, pour leurs travaux sur les questions d'assurance ou de prévoyance sociales, de chômage, nommées par le ministre du travail.

4 délégués des groupements professionnels, dont 3 médecins et 1 pharmacien désignés par les unions nationales de leurs syndicats.

2 représentants élus par les membres des commissions paritaires des offices de placement, dont un assuré et un employeur.

4 directeurs ou administrateurs des offices élus par les membres des conseils d'administration de ces offices.

Font partie de droit du conseil :

Le chef du service de l'inspection générale des finances.

Le directeur de la comptabilité publique.

Le directeur du budget et du contrôle financier.

Le directeur du mouvement général des fonds.

Le directeur général et les directeurs de l'office national des assurances sociales.

Le chef du service du contrôle général du ministère du travail. . Le directeur général de la caisse des dépôts et consignations.

Le directeur de la mutualité au ministère du travail.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène au ministère du travail.

Le directeur du travail au ministère du travail.

Le directeur des affaires départementales et communales au ministère de l'intérieur.

Le directeur général de la caisse générale de garantie.

Le directeur général de la caisse nationale du crédit agricole.

Il élit dans son sein une section permanente composée de :

1° Dix des membres élus au conseil supérieur des assurances sociales à titre de salariés, d'assurés, de représentants des caisses et des offices choisis par ceux-ci ;

2° Un sénateur, un député, un conseiller d'Etat, un employeur, un exploitant agricole, un représentant des sociétés de secours mutuels, un représentant des mutuelles agricoles régies par la loi du 4 juillet 1900, un représentant des caisses spéciales visées à. l'article 24, un technicien des questions d'assurance, trois représentants des syndicats professionnels de praticiens dont deux médecins ;

3° Des membres.de droit suivants :

Le directeur général et les directeurs de l'office national des assurances sociales.

Le chef du service du contrôle général du ministère du travail.

Le directeur général de la caisse des dépôts et consignations.

Le directeur du budget et du contrôle financier.

Le directeur de la mutualité au ministère du travail.

Le directeur général de la caisse générale de garantie.

Le directeur général de la caisse nationale du crédit agricole.

La section permanente constitue le conseil d'administration de l'office national des assurances sociales. Elle donne, en outre, son avis sur les questions qui lui sont renvoyées, soit par le conseil supérieur, soit par le ministre du travail. Elle se subdivise en quatre sous-sections : technique et financière, administrative et de garantie contre le chômage, juridique, médico-pharmaceutique. Cette dernière sous-section comprendra au moins deux médecins.

Le conseil élit ses deux vice-présidents.

Il se réunit au moins une fois par semestre.

Art. 73. — 1. Au cours du douzième mois qui suivra la promulgation de la présente loi, un règlement général d'administration publique, rendu sur la proposition du Ministre du travail et des Ministres intéressés, après consultation des organisations en cause, déterminera toutes les dispositions nécessaires à son application, laquelle entrera en vigueur dix mois après la publication de ce règlement au Journal officiel.

[...]"

Sources :

- Fédérations nationale de la mutualité et de la coopération agricole, Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales - journal officiel du 12 avril 1928, Paris : Fédérations nationale de la mutualité et de la coopération agricole, 38 p.
- Leclerc, Pierre, *La Sécurité Sociale - son histoire à travers les textes - tome II - 1870 - 1945*, Paris : Association pour l'étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale, 1996, pp. 262 - 270.

Annexe 10 : Articles essentiels du projet de règlement d'administration publique de janvier 1929

Remarque : Nous nous basons sur la sélection d'articles faite par la CSMF.

"TITRE II
Assurance obligatoire. - Prestations.
Chapitre premier. - Assurance-maladie.
Section I. - Prestations en nature.

Art. 35. - § 1er. - Les caisses d'assurance qui se chargent du risque maladie établissent, sur la base d'un règlement type élaboré par l'Office national des assurances sociales, un règlement fixant les conditions d'attribution des prestations ainsi que celle du fonctionnement du service de l'assurance-maladie et du contrôle des bénéficiaires des prestations. Ce règlement doit être approuvé par l'Office national des assurances sociales.

§ 2. - Le règlement prévu au paragraphe premier détermine notamment :

a) Les justifications à fournir à la caisse pour le paiement ou le remboursement des prestations en nature et en vue de l'attribution des prestations en argent ;

b) Les formalités que les bénéficiaires de l'assurance doivent remplir et les justifications particulières qu'ils doivent fournir quand leur état de santé nécessite ou a nécessité des soins médicaux généraux, spéciaux ou dentaire, soit à domicile, soit dans un établissement de soins ;

c) Les avantages qui leur sont offerts dans les dispensaires, cliniques, centres d'examen ou de traitement qu'entretient la caisse, ou avec lesquelles elle a contracté ;

d) Les conditions et délais d'admission dans les établissements d'hospitalisation, de prévention, de cure et de convalescence appartenant à la caisse ou liés par contrat avec elle ;

e) Dans les limites légales, le taux de participation des assurés aux frais médicaux généraux, spéciaux et dentaires, aux frais pharmaceutiques et aux frais d'acquisition des appareils ;

f) La discipline imposée aux malades ou blessés ;

g) Les conditions dans lesquelles pourront être délivrés les médicaments magistraux et officinaux, les médicaments spécialisés, conformément aux lois et décrets en vigueur et notamment au décret du 3 mai 1850 et 13 juillet 1926 et à la loi du 25 avril 1895, ainsi que les appareils, et notamment les appareils de prothèse dentaire fonctionnels et nécessaires à l'exercice professionnel ,

h) Les conditions dans lesquelles la caisse peut vérifier si les frais médicaux et pharmaceutiques ne sont pas abusifs et ne pas payer ou rembourser ceux de ces frais qui serait injustifiés ou en poursuivre éventuellement le remboursement.

Art. 36. - § 1er. - Les caisses d'assurance passent avec les syndicats professionnels de praticien et avec tout établissement de soins publics ou privés : dispensaires, cliniques, hôpitaux, établissements de cure et de prévention, les conventions nécessaires pour assurer leurs services.

§ 2. - Les syndicats professionnels de praticiens de sont admis, toutefois, à traiter avec les caisses d'assurance que s'ils sont reconnus avoir qualité pour contracter avec ces caisses par un organisme central des groupements nationaux de praticiens, ou, à défaut, s'ils ont été constitués 3 ans au moins avant l'application de la loi et comptent au moins 50 adhérents.

§ 3. - Lesdites conventions doivent être soumises, avant leur signature, à l'approbation de la commission tripartite visée à l'article 7 de la loi.

Art. 37. - § 1er. - Les conventions passées avec les syndicats professionnels de praticiens fixent :

1° Les conditions dans lesquelles seront dispensées les prestations en nature, ainsi que les modalités de l'organisation et du contrôle des services techniques ;

2° Les tarifs applicables aux soins, aux médicaments et aux appareils.

§ 2. - Les tarifs applicables aux actes médicaux généraux, spéciaux et dentaires, accomplis tant au domicile du praticien ou du malade que dans les établissements de soins appartenant à la caisse, et aux indemnités de déplacement des praticiens, sont fixés selon les localités, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires et eu égard à la condition des bénéficiaires de l'assurance. Ils sont opposables à tout praticien, affilié ou non au syndicat contractant, qui, par une déclaration adressée à la caisse, a adhéré complètement à la convention.

§ 3. - Les tarifs applicables aux médicaments magistraux et officinaux, aux médicaments spécialisés conformément aux lois et décrets en vigueur, et notamment au décret du 3 mai 1850 et du 13 juillet 1926 et à la loi du 25 avril 1825, et aux appareils, sont fixés dans les limites d'un tarif général unique arrêté par le Ministre du travail après avis d'une commission nommée par la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales et composé par un tiers de représentants des groupement pharmaceutique, dont un représentant des groupements de fabricants de spécialités pharmaceutiques, pour un tiers de représentants des groupements de praticiens, dont un représentant des groupements de chirurgiens dentistes, et pour un tiers de représentants de l'Office national des assurances sociales, des caisses d'assurances sociales et de la Caisse générale de garantie. Ladite Commission n'énumère dans ce tarif général les médicaments spécialisés que s'ils sont vraiment irremplaçables ou s'ils reviennent

moins cher que les médicaments non spécialisé qu'ils sont destinés à remplacer. Les tarifs ainsi fixés sont opposables de même que les dispositions prévues au paragraphe 1er, 1° ci-dessus, à tout praticien affilié au syndicat contractant. Ces tarifs sont également opposable aux autres praticiens, s'ils ont adhéré complètement à la convention.

Art. 38. - § 1er. - Les conventions passées avec les établissements de soins fixent :

1° Les conditions dans lesquelles seront dispensées les prestations en nature, ainsi que les modalités relatives au contrôle pour l'établissement de ces services techniques et respectant le droit de regard de la caisse ;

2° Les tarifs applicables aux soins, aux médicaments et aux appareils ;

3° Les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation proprement dits et aux frais matériels.

§ 2. - Les tarifs applicables aux soins, aux médicaments et aux appareils, pour les assurés soignés dans les établissements de soins, avec ou sans hospitalisation, sont fixés conformément aux dispositions des paragraphes 2 et 3 de l'article 37.

§ 3. - Les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation proprement dits et aux frais matériels dans lesdits établissements sont fixés, compte tenu des tarifs ordinaires de l'établissement et eu égard à la condition des bénéficiaires de l'assurance.

Art. 39. - § 1er. - Les conventions passées avec les syndicats professionnels de praticiens ou avec les établissements de soins déterminent si le montant des frais médicaux, pharmaceutiques ou autres, qui est à la charge de la caisse, est payé par celle-ci au praticien ou à l'établissement de soins, ou bien s'il est remboursé à l'assuré, ou encore s'il est acquitté suivant l'une ou l'autre de ces modalités au choix du l'assuré ou du praticien.

§ 2. - Le règlement type prévu à l'article 35 déterminera les formalités à remplir et les pièces à fournir, suivant la modalité adoptée par le contrat, pour permettre ce paiement ou ce remboursement et les conditions dans lesquelles l'assuré acquittera sa participation aux frais conformément à l'article 4, paragraphe 5 de la loi.

§ 3. - La caisse peut, si le contrat prévoit le règlement direct desdits tarifs par l'assuré, faire l'avance de tout ou partie de la part qui lui incombe, aux intéressés s'ils sont momentanément sans ressources. Les conditions d'attribution et les justifications d'emploi d'avances de cette nature seront fixées par le règlement intérieur de la caisse.

§ 4. - Quelles que soient les modalités fixées pour le règlement des prestations par les conventions susvisées, les bénéficiaires de l'assurance peuvent toujours en cas d'urgence constatée dans le certificat médical, obtenir de la caisse le

remboursement des frais, payés directement au praticien ou à l'établissement de soins dans les conditions et sous les réserves indiquées aux articles 41 et 42 ci-après, en se conformant aux prescriptions du règlement de la caisse.

§ 5. - Le paiement des frais acquittés directement par l'assuré n'est opposable, dans tous les cas, à la caisse qu'autant qu'il correspond exactement aux prix des tarifs à appliquer.

Art. 40. - § 1er. - L'assuré s'adresse librement au médecin, spécialiste, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme, de son choix, parmi ceux de la commune où il réside, ou, à défaut, de la commune la plus rapprochée, qui remplissent les conditions indiquées au paragraphe suivant. Il peut s'adresser, on outre, au praticien de toute commune, qui remplissent les mêmes conditions ; mais le supplément de frais pouvant résulter de cet appel est laissé à la charge de l'intéressé.

§ 2. - Les praticiens, affiliés ou non à l'un des syndicats professionnels ayant passé une convention avec la caisse à laquelle appartient l'assuré, sont admis à dispenser à celui-ci et à sa famille les prestations en nature prévues par la loi sur les assurances sociales, dès l'instant que, par une déclaration adressée à ladite caisse, ils ont adhéré à cette convention, en ce qui concerne les dispositions insérées en application de l'article 37, paragraphe premier, 1°. Ils doivent se soumettre notamment au contrôle technique du syndicat professionnel contractant et accepter la juridiction morale de ce syndicat, ainsi qu'en appel celle du groupe professionnel nationale dont il fait parti.

§ 3. - L'assuré s'adresse librement aux établissements de soins de son choix, appartenant à la caisse ou avec lesquels elle a passé des conventions. Il peut s'adresser, en outre, aux autres établissements de soins ; mais le supplément des frais pouvant résulter de ce choix, tant pour les soins, médicaments et appareils, que pour l'hospitalisation, est laissé à la charge de l'intéressé. L'assuré qui désire être admis dans un établissement de soin ayant traité avec la caisse, exerce son choix sur l'établissement et non sur le praticien. Les contrats passés avec les établissements privés peuvent toutefois reconnaître à l'assuré le droit de choisir son praticien parmi ceux attachés ou non à l'établissement. Dans tous les cas, le praticien qui donne ses soins à un assuré dans un établissement privé est tenu de se soumettre au contrôle technique du syndicat professionnel.

§ 4. - Les établissements de soins ne sont tenus d'admettre les bénéficiaires des assurances qu'autant qu'ils sont liés par contrat avec la caisse à laquelle appartiennent les intéressés.

Art. 41. - § 1er. - Sous réserve de la participation de l'assuré aux frais prévus à l'article 4, paragraphe 5, de la loi, les prestations en nature sont prises en charge par les caisses d'assurance, pour les soins donnés tant au domicile du praticien ou du malade que dans les établissements de soins, jusqu'à concurrence du prix des

tarifs fixés conformément aux articles 37 et 38 et applicables aux prestations dispensées aux intéressés.

§ 2. - Lorsque pour les assurés d'une même commune ou d'une même division communale des contrats ont été passés avec deux ou plusieurs syndicats médicaux, ou pharmaceutique, ou avec deux ou plusieurs établissements de soins, les prestations prise en charge par la caisse sont celles qui résulte des tarifs indiqués ci-après :

1° En ce qui concerne les soins médicaux, chirurgicaux et spéciaux, donnés au domicile du praticien ou du malade, le tarif applicable est celui que comporte celle des conventions à laquelle le praticien à adhéré complètement, ou, s'il n'adhère complètement à aucune d'elles, le tarif le moins élevé que prévoit ces conventions ;

2° En ce qui concerne les médicaments et appareils, le tarif applicable est celui que comporte la convention passée par le syndicat auquel appartient le praticien, ou, si celui-ci n'appartient à aucun syndicat, soit le tarif inséré dans celle des conventions auxquelles il à adhérer complètement, soit, à défaut, le tarif le moins élevé que prévoit ces conventions.

3° En ce qui concerne les prestations données dans les établissements de soins, le tarif applicable est celui que comporte la convention passée avec l'établissement dans lequel le bénéficiaire de l'assurance est admis, ou, si celui-ci s'est adressé à un établissement avec lequel la caisse n'a pas contracté, le tarif le moins élevé que prévoit les conventions intervenues, avec les établissements de soins pour les assurés résidant dans la même circonscription territoriale.

§ 3. - Lorsque le bénéficiaire de l'assurance s'adresse à un praticien, autre que ceux auxquels il peut recourir sans supplément de frais conformément à l'article 40, les prestations prise en charge par la caisse sont celles qui résultent du tarif le moins élevé visé aux alinéas 1er et 2 du paragraphe précédent.

§ 4. - Les médicaments et appareils ne sont pris en charge, dans les limites légales, par les caisses, qu'autant qu'ils sont énumérés dans le tarif général établi par la Commission instituée à l'article 37, paragraphe 3, et ont été prescrits par ordonnance.

§ 5. - Les bénéficiaires de l'assurance ont droit aux soins dans les établissements appartenant à la caisse, moyennant le versement du pourcentage de participation aux frais déterminé par le règlement intérieur de la caisse. En vue de la fixation de ce versement, la caisse arrête, chaque année, un tarif de base applicable aux actes médicaux généraux, spéciaux et dentaires donnés dans cet établissement ; ce tarif doit être approuvé par la commission tripartite visée à l'article 7 de la loi.

Art. 42. - § 1er. - Les bénéficiaires de l'assurance on le droit d'être hospitalisés dans les établissements qui appartiennent à la caisse d'assurance ou avec lesquelles elle a passé un contrat. Toutefois, les frais d'hospitalisation proprement dit et les frais matériels ne sont pris en charge par la caisse que dans la

mesure où ils ne dépassent pas les limites prévues à l'article 6, paragraphe 2, de la loi. Lorsque le bénéficiaire de l'assurance est adressé pour être hospitalisé à un établissement qui n'est pas lié par contrat avec la caisse, ces frais sont pris en charge par celle-ci dans les mêmes limites.

§ 2. - L'excédent de dépenses pouvant résulter de l'application des tarifs afférents aux frais d'hospitalisation et aux frais matériels établis, soit par la caisse conformément au paragraphe ci-après pour ses propres établissements, soit par les établissements avec lesquelles elle a traité, soit par les autres établissements, est laissé à la charge de l'assuré.

§ 3. - Chaque année, les caisses arrêtent les tarifs des frais d'hospitalisation et des frais matériels applicables à leurs propres établissements. Ces frais doivent être approuvés par la commission tripartite prévu par l'article 7, paragraphe 5, de la loi.

Art. 43. - Les ordonnances comportent deux parties : l'une réservée à l'énonciation des médicaments et appareils, l'autre concernant les prescriptions à observer par le malade. Cette seconde partie de l'ordonnance est conservée par celui-ci.

Section III. - Contrôle.

Art. 51. Les caisses d'assurance sont tenues d'exercer un contrôle général sur les services d'assurance, à l'exclusion du contrôle technique dont les conditions sont prévues à l'article 53 du présent règlement.

Art. 52. - § 1er. - Les caisses d'assurance effectuent le contrôle des malades et blessés par l'intermédiaire de leur section locale, des sociétés de secours mutuels correspondantes chargées du service local des prestations et, éventuellement, les agents correspondants qu'elle désigne à cet effet.

§ 2. - Le contrôle est exercé sur les bénéficiaires de l'assurance par des médecins qui signent des contrats avec les caisses et s'engagent à ne jamais donner des soins aux assurés. Le rôle de ces médecins consiste à visiter les malades, à s'entendre, en cas de contestation, avec le médecin traitant pour fixer, soit la date de reprise du travail, soit l'état où le taux d'incapacité de travail ; en cas de désaccord, le médecin contrôleur avise la caisse. La caisse peut également faire contrôler les bénéficiaires de l'assurance par des visiteurs ou dames visiteuses qui constatent la présence du malade à son domicile ou son absence et procède à toute enquête pour établir la réalité de l'état de maladie. Ces visiteurs et visiteuses peuvent se présenter inopinément au domicile du malade, mais, en aucun cas, ils n'ont à procéder à des investigations médicales ou thérapeutiques. Ils peuvent être chargés de remettre les prestations pécuniaires aux assurés. Les médecins

contrôleurs, les visiteurs et dames visiteuses signalent, le cas échéant, à la caisse, dans des rapports adressés au service local, les malades ou blessés qui font un appel abusif aux prestations et dont l'attitude appelle une mesure de suspension, de suppression ou de remboursement des prestations. Ils rendent compte des conditions d'hygiène dans lesquelles ils ont trouvé les assurés.

§ 3. - Le bénéficiaire de l'assurance ne peut s'opposer au contrôle exercé par la caisse dans les conditions déterminées par le présent article. Il peut exiger toutefois d'être examiné en présence du médecin traitant.

Art. 53. - § 1. - Le contrôle technique s'exerce à l'égard du praticien traitant. Il est confiée par la Caisse d'assurance aux syndicats professionnels de praticiens avec lesquels elles ont passé un contrat, et dans les conditions qui sont fixées dans ce contrat après approbation de la commission tripartite visé à l'article 7, paragraphe 5, de la loi et constituée conformément à l'article 57 du présent règlement. Ceux-ci ne peuvent se soustraire à l'obligation d'exercer ce contrôle. En cas de carence de leur part, la Commission tripartite susvisée prend toute mesure susceptible d'assurer ledit contrôle.

§ 2. - Le contrôle technique porte sur le nombre de visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances, la nature et la quantité de médicaments, le choix des appareils, et d'une façon générale, la façon dont sont dispensés par les praticiens les prestations.

§ 3. - Lesdits syndicats peuvent, sur leur initiative, procéder aux enquêtes et vérifications présentant un caractère exclusivement technique qu'ils estiment nécessaires à l'application de la loi. Au cas où le contrôle comporte la visite des malades ou blessés, le médecin traitant devra être prévenu deux jours à l'avance par le syndicat pour lui permettre d'assister à la visite de contrôle s'il le désire.

§ 4. - Les syndicats professionnels adressent à la caisse tous rapports sur les résultats du contrôle technique et sur les mesures qu'ils appellent dans chaque cas particulier ou d'une façon générale.

Art. 54. - § 1. - Le contrôle général prévu par l'article 7, paragraphe 1er, de la loi ne peut pas être délégué par les caisses d'assurance aux syndicats professionnels. Toutefois, celles-ci peuvent confier, par contrat, l'examen des bons de consultation ou de visite, certificats médicaux et ordonnances auxdits syndicats qui les leur retournent après visa, avec les observations. Au cas où elles ne recourent pas à cette faculté, les caisses font vérifier lesdites pièces par leurs médecins de contrôle. Au vu des observations auxquelles donnent lieu les pièces sus-indiquées ou sur le rapport des visiteurs, elles demandent aux syndicats professionnels d'opérer auprès des praticiens ou des malades le contrôle prévu à l'article 53 ci-dessous.

§ 2. - Les caisses sont libres de vérifier elle-même l'application par les pharmaciens des tarifs résultants des contrats et de saisir ces praticiens des erreurs

relevées sur leurs bordereaux. En cas de désaccord sur l'application desdits tarifs, elles en saisissent le syndicat professionnel compétent.

Art. 55. - Les administrations hospitalières, liées par contrat avec des caisses d'assurances, contrôlent elles-mêmes et seules les établissements, sous réserve des modalités de contrôle fixées par le contrat et respectant le droit de respectant le droit de regard de la Caisse.

Art. 56. - § 1. - En cas de contestation entre l'assuré et son médecin en ce qui concerne l'appréciation de l'état du malade, l'assuré saisit la caisse d'assurance du différend en produisant à ses frais une attestation d'un second médecin.

§ 2. - Il appartient, dans ce cas, à la caisse, si elle conteste l'appréciation du second médecin, de prendre les mesures nécessaires en vue de la réunion de la Commission technique prévue à l'article 7, paragraphe 3, de la loi. Elle peut également de sa propre initiative, si elle conteste l'appréciation du médecin traitant, provoquer la réunion de ladite commission. Elle adresse, à cet effet, une demande au juge de paix chargé de désigner le troisième médecin de la Commission. Le juge de paix compétent est celui du canton du domicile du défendeur, assuré ou caisse. En cas d'incapacité permanente de travail, la demande est adressée au président du tribunal civil qui désigne le troisième Médecin sur la liste des médecins experts près le tribunal civil. Les conventions entre le syndicat médical et la caisse fixe la rémunération du médecin traitant pour les opérations de la Commission technique. Les honoraires du troisième médecins sont fixés suivant le cas par le juge de paix ou pas le Président du Tribunal civil. La rémunération de ce médecin et pour moitié à la charge de chaque partie. La rémunération des deux autres médecins est à la charge respective de chacune d'elles.

§ 3. - Les conclusions de la commission technique valent expertise. Au cas où l'assuré ou la caisse n'accepte pas ces conclusions, il appartient à l'assuré ou à la caisse de porter sa réclamation en premier ressort devant la commission cantonale prévue à l'article 63 de la loi

§ 4. - La Caisse d'assurance a le droit de poursuivre, devant la Commission cantonale, le remboursement des frais inutiles contre l'assuré où le praticien, auteur responsable de ces frais. La Commission se réunit sur demande de la caisse adressée par lettre recommandée au juge de paix. Elle statue après avis, s'il y a lieu, d'un médecin expert choisi parmi les médecins experts du tribunal civil. Sa décision est susceptible d'appel devant les tribunaux civils.

Art. 57. - § 1. - La Commission départementale tripartite prévu à l'article 7, paragraphe 5, de la loi est composée de neuf membres dont trois représentants des caisses départementales et des caisses primaires pratiquant les assurances maladie, maternité ou invalidité dans le département, trois représentants de l'Office départemental et trois représentants des syndicats professionnels de praticiens,

dont un pharmacien. Ces membres sont élus respectivement dans chaque catégorie parmi des membres du conseil d'administration desdits organismes dans les conditions prévues à l'article 246 du présent règlement. Ils sont nommés pour quatre ans. Le Président de la Commission est désigné par l'Office national des assurances sociales, parmi les représentants du conseil d'administration de l'Office départemental.

§ 2. - La commission se réunit au moins une fois par mois sur convocation de son président. Elle comporte un secrétariat permanent chargé de l'instruction des affaires.

§ 3. - Les dépenses nécessaires pour le fonctionnement de la commission sont à la charge de l'Office départemental. Elles comprennent, outre les dépenses de personnel, les indemnités à allouer, sous la forme de jetons de présence, aux membres de la Commission ; le montant de ces indemnités est fixé par l'Office national des assurances sociales.

Art. 58. - § 1er. - La Commission tripartite exerce son contrôle sur toutes les conventions entre caisse départementale ou primaire et syndicats professionnels de praticiens ou établissements de soins. Elle approuve ou rejette définitivement les projets de convention, y compris les tarifs qu'ils comportent et les conditions du contrôle technique.

§ 2. - Elle peut intervenir spontanément pour prévenir toutes difficultés entre organismes ou services concourant au fonctionnement des assurances-maladie, maternité ou invalidité, ou dans les services. Elle offre ses bons offices aux organismes intéressés pour la conclusion d'un contrat. Elle pourvoit éventuellement à la carence du contrôle technique incombant aux syndicats professionnels de praticiens.

§ 3. - Sur la demande de l'un des organismes ou services en désaccord, adressée par lettre recommandée au secrétariat de ladite Commission ou d'office, elle essaye d'aplanir toute difficulté ou de concilier tout litige se raportant au fonctionnement de l'assurance ou à l'application des contrats. L'appel doit être interjeter dans les 10 jours de la notification de la décision ou de la sentence arbitrale aux organismes ou services en cause par le secrétariat de la Commission. Il est introduit par lettre recommandée adressée à ce secrétariat et dénoncé par celui-ci, dans les dix jours qui suivent, aux autres organismes ou services en cause. Les pièces et mémoires remis par les organismes ou services au secrétariat de la Commission sont transmis par celui-ci au secrétariat de la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales qui décide ou arbitre définitivement dans le délai d'un mois.

§ 4. - La Commission Tripartite est incompétente pour concilier, régler et arbitrer les difficultés ou litiges concernant le contrôle du service médical, définis à l'article 53 du présent règlement, qui reste de la compétence de la Commission cantonale prévue à l'article 63 de la loi."

Source : CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, pp. 43 - 52.

Annexe 11 : Principaux articles du règlement d'administration publique du 30 mars 1929

Remarque : Nous nous basons sur la sélection d'articles faite par la CSMF.

"I.
Prestations.

Art. 32. - § 1er. Conformément au paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 5 avril 1928, l'assuré soigné sans hospitalisation choisi librement sous praticien (médecin, spécialiste, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme) dès lors que celui-ci est qualifié d'après le paragraphe ci-après pour participer au fonctionnement de l'assurance. Toutefois, en vertu du paragraphe 3 du même article, son choix est limité, pour les visites des médecins et sage-femme à domicile, aux praticiens de la commune où il réside, ou, à défaut, la commune la plus rapprochée ; l'assuré ne peut faire appel à des praticiens établis ailleurs qu'à la condition de supporter le supplément de frais pouvant en résulter.

§ 2. - [...] 3° Les praticiens qui, n'ayant adhéré à aucune desdites conventions ni indiqué par déclaration celui des syndicats contractants appelé à les contrôler, se soumettent au contrôle technique du syndicat de praticiens désigné par la caisse.

Art. 33. - § 1er. - Par application de l'article 4, paragraphe 4, et de l'article 6, paragraphe 1er et 2, de la loi, l'assuré qui doit être soigné par voie d'hospitalisation exerce librement son choix entre les établissements de soins qui appartiennent à la caisse ou avec lesquels elle a passé des conventions. Il peut s'adresser également à d'autres établissements de soins ; mais le supplément de frais pouvant résulter de ce choix, tant pour les soins, médicaments et appareils que pour l'hospitalisation, est laissé à la charge de l'intéressé.

L'assuré soigné dans un établissement appartenant à la caisse ou ayant traité avec elle, n'a pas le choix du praticien. Les contrats passés avec les établissements privés peuvent toutefois conférer à l'assuré le droit de choisir son praticien parmi ceux attachés ou non à la l'établissement.

Art. 34. - § 1er. Tout caisse d'assurance qui a pour objet de couvrir le risque maladie établit, sur la base d'un règlement-type élaboré par l'Office national des assurances sociales, un règlement fixant les conditions d'attribution des prestations, le mode de fonctionnement des services d'assurance et les règles du contrôle auxquelles sont soumis les bénéficiaires. Ce règlement, rédigé en conformité avec les stipulations des conventions passées par la caisse intéressée, doit être approuvé par l'Office national des assurances sociales.

§ 2. - Le règlement prévu au paragraphe premier détermine notamment :

a) Les formalités que les bénéficiaires de l'assurance doivent remplir et les justifications particulières qui doivent être fournies à la caisse en vue de l'attribution du paiement ou du remboursement des prestations en nature et de l'allocation des prestations en argent...

Art. 35. - § 1er. - Les caisses d'assurance passent, dans les conditions énoncées aux articles ci-après, avec les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements publics hospitaliers ou les établissements privés, notamment les dispensaires, clinique, hôpitaux, établissements de cure et de prévention, les conventions nécessaires pour assurer leurs services de prestations à domicile et par hospitalisation.

§ 2. - Ne sont admis à traiter avec les caisses d'assurance que les syndicats professionnels de praticiens agréés à cet effet par l'Office national des assurances sociales, après avis des principaux groupement professionnel de praticien.

Art. 36. Pour les assurés soignés à domicile, les conventions passées avec les syndicats professionnels de praticien fixent :

[...]

2° Les tarifs applicables pour la rémunération des soins médicaux (généraux, spéciaux et dentaires) et le remboursement des frais de déplacement, ainsi que pour le paiement des médicaments et appareils [...].

Art. 37, § 1er. - Les tarifs applicables pour la rémunération des soins médicaux donnés au domicile de l'assuré ou du praticien sont établis par localités et fixés dans les limites maxima des tarifs syndicaux ordinaires.

§ 2. - Ils sont opposables à tout praticien, affilié ou non au syndicat contractant, qui, comme il est dit à l'article 32 ci-dessus, a, par une déclaration adressée à la caisse, expressément adhéré à la convention.

Art. 38. - [...]

§ 3. - La commission n'insère dans ce tarif général les spécialités que si elles sont vraiment irremplaçables ou si elles sont d'un prix moins élevé que les médicaments non spécialisés qu'elles sont destinées à remplacer. Les tarifs, ainsi que les dispositions prévues à l'article 36, 1°, ci-dessus, sont opposables à tout praticien affilié au syndicat contractant. Ces tarifs sont également opposables aux autres praticiens qui ont adhéré expressément à la convention.

Art. 39. - § 1er. - Les conventions passées entre les caisses et les établissements publics hospitaliers déterminent :

1° Les conditions dans lesquelles sont admis et hospitalisés les assurés malades ;

2° Les conditions dans lesquelles leur sont donnés les soins ;

3° Les conditions dans lesquelles leur sont fournis les médicaments et appareils ;

4° Les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation dans les limites fixées à l'article 6, paragraphe 2 de la loi.

5° Les modalités du contrôle général exercé par la caisse en vertu de l'article 7, paragraphe 1er, de la loi.

6° Les dispositions prises par l'administration hospitalière pour assurer le contrôle technique.

§ 2. - Les tarifs applicables pour les soins donnés dans les établissements publics hospitaliers et pour les fournitures de médicaments et d'appareils qui y sont effectuées sont fixées, dans les limites maxima prescrites aux deux articles précédents, par des conventions passées par les caisses, soit avec les administrations hospitalières après entente avec les syndicats professionnels composés exclusivement des praticiens attachés à ces établissements, soit avec les syndicats professionnels composés exclusivement des praticiens attachés à ces établissements, après entente avec lesdites administrations hospitalières.

Art. 40. - § 1er. - Les conventions passées entre les caisses et les établissements de soins privés déterminent, dans les limites maxima prescrites aux articles 37 et 38 ci-dessus, les conditions dans lesquelles sont admis et hospitalisés les assurés malades, les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation et les modalités de contrôle général exercé par la caisse.

§ 2. - Les tarifs applicables pour la rémunération des soins dans ces établissements et pour les fournitures de médicaments et d'appareils qui y sont effectués, ainsi que les modalités du contrôle technique, sont déterminés dans les limites maxima prescrits aux articles 37 et 38 ci-dessus, par des conventions passées par les caisses, soit avec lesdits établissements de soins après entente avec le syndicat ou l'un des syndicats professionnels de praticiens prévus à l'article 35, paragraphe 2 du présent décret, soit avec ce syndicat après entente avec lesdits établissements.

Art. 42. - § 1er. - Les conventions ci-dessus prévues déterminent si le montant des frais médicaux, pharmaceutiques ou autres, qui s'y trouvent fixés, est payé par la caisse au praticien, au cas où l'assuré est soigné à domicile, ou, en cas d'hospitalisation, à l'établissement public hospitalier ou établissement privé, ou bien s'il est acquitté par l'assuré à charge de remboursement par la caisse, ou encore s'il peut être acquitté indifféremment, suivant l'une ou l'autre de ces modalités.

II.
Contrôle.

Art. 50. - § 1. - La Caisse exerce un contrôle général sur les conditions de fonctionnement de l'assurance-maladie.

§ 2. Elle peut faire procéder à toute enquête utiles par ses administrateurs, ses sections locales et ses correspondants locaux.

Art. 51. - Le contrôle peut s'effectuer suivant les modalités et sous les réserves ci-après déterminées, tant sur les assurés que sur le service des prestations, par l'intermédiaire de médecins contrôleurs et accessoirement de visiteurs et dames visiteuses. Il est assuré sur le service médical et pharmaceutique par l'intermédiaire du syndicat professionnel de praticiens.

Art. 52. - § 1er. - Les médecins contrôleurs chargés de la surveillance des malades procèdent à toute Investigation et constatations concernant leur état et leur incapacité de travail. En cas de désaccord avec le médecin traitant, ils avisent la caisse.

Ils ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant.

Il ne doivent pas donner de soins aux assurés.

§ 2. - Des visiteurs et dames visiteuses peuvent, en outre, être chargés de s'enquérir des conditions d'hygiène dans lesquelles vivent les malades, de leur dispenser des prestations en argent et de leur apporter un concours moral.

§ 3. - Les médecins contrôleurs ainsi que les visiteurs ou dames visiteuses signalent, le cas échéant, à la caisse, dans des rapports adressés au service local, les abus, lacunes ou irrégularités qu'ils ont pu constater.

§ 4. - Les bénéficiaires de l'assurance ne peuvent s'opposer au contrôle exercé dans les conditions déterminées par le présent article. Ils peuvent exiger toutefois d'être examinés en présence du médecin traitant.

Art. 53. - § 1. - Le contrôle technique exercé sur les services médicaux et pharmaceutiques et, en ce qui concerne les maladies soignées à domicile ou chez le praticien, confié par les caisses aux syndicats professionnels de praticiens avec lesquels elles ont passé un contrat et dans les conditions qui sont fixées sous réserve du contrôle général appartenant à la caisse et qui ne peut être délégué par elle. Le syndicat professionnel compétent l'exerce, soit sur l'initiative de la caisse, soit de sa propre initiative.

Les syndicats de praticiens ne peuvent, sous peine de retrait de l'agrément qui leur est donné par l'Office national des assurances sociales, se soustraire à l'obligation d'exercer le contrôle. En cas de carence de leur part, la commission tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5, de la loi, prend toutes mesures nécessaires pour y parer.

§ 2. - En ce qui concerne les soins, le contrôle technique porte sur le nombre de visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances et, d'une manière générale, la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens.

En ce qui concerne les fournitures de médicaments ou d'appareils, il porte, indépendamment de l'application éventuelle de la législation sur les fraudes, sur la nature et la quantité des prestations fournies et sur l'exactitude des tarifs appliqués par le praticien.

L'exercice de se contrôler ne peut, en aucun cas, entraver ou retarder l'administration des soins ou la fourniture des médicaments ni avoir pour effet de substituer à la responsabilité du médecin traitant celle d'autres praticiens.

§ 3. - Les syndicats professionnels signalent aux caisses les abus constatés pour permettre à celle-ci d'exercer séparément ou conjointement avec eux toutes actions contre les auteurs responsable de ces abus.

Art. 54. - Dans le cas où un bénéficiaire de l'assurance reçoit les prestations en dehors de la circonscription de la caisse à laquelle il est affilié, le contrôle général prévu à l'article 56 ci-dessus est confié à la caisse qui a pris en charge le service des prestations sous réserve du droit de regard de la caisse d'origine qui supporte les frais. Le contrôle technique est exercé par l'intermédiaire des syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la caisse de rattachement a contracté.

Art. 55. - § 1er. - Il est pourvu au contrôle de l'ensemble des services des établissements publics hospitaliers tant par les administrations hospitalières que par les autorités qualifiées à cet effet, conformément aux lois et règlements qui régissent ces établissements et sous réserve du droit de regard de la caisse tel qu'il résulte des conventions passées avec ces établissements.

§ 2. - Le contrôle technique est assuré conformément aux dispositions auxquelles se réfèrent les conventions visées à l'article 39 du présent décret.

Art. 56. - En ce qui concerne les établissements privés et les établissements appartenant à la caisse, le contrôle technique s'exerce par l'intermédiaire de l'un des syndicats professionnels de praticiens avec lesquelles la caisse à passer des conventions. Il ne peut être confiée à un syndicat composé des seuls médecins de l'établissement.

Ce contrôle s'exerce dans les conditions prévues à l'article 53 du présent décret.

Art. 57. - § 1. - La commission départementale tripartite prévue par l'article 7, paragraphe 5, de la loi est composée de neuf membres dont trois représentants des caisses départementales et des caisses primaires pratiquant les assurances maladie, maternité ou invalidité dans le département, trois représentants de l'Office départemental et trois représentants des syndicats professionnels de praticiens,

dont un pharmacien. Ces délégués sont élus respectivement dans chaque catégorie par les conseils d'administration ou administrateurs desdits organismes dans les conditions prévues à l'article 298 du présent décret. Ils sont nommés pour quatre ans. Le président de la Commission est désigné par l'Office national des assurances sociales, parmi les représentants du conseil d'administration de l'office départemental.

§ 2. - Pour l'examen des questions intéressant les chirurgiens-dentistes, la commission s'adjoint à titre consultatif un spécialiste désigné par elle.

Pour l'examen des questions relatives à l'application des tarifs pour les soins et fournitures de médicaments et d'appareils dans les établissements publics hospitaliers, la commission s'adjoint, à titre consultatif, un conseiller technique désigné par elle.

§ 3. - Les dépenses qui pourront être nécessitées par le fonctionnement de la commission sont à la charge de l'Office départemental.

Art. 58. - § 1. - La commission tripartite est saisie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception des difficultés ou litiges sur lesquels elle est appelée à statuer en vertu de l'article 7, paragraphe 5, de la loi. Les décisions prises par elle doivent être notifiées aux organismes, services ou administrations intéressés.

§ 2. - L'appel devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales doit être déposé ou parvenir par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au secrétariat de la commission tripartite dans les 10 jours de la notification. Communication en est donnée dans les dix jours qui suivent aux autres parties intéressées. Il est statué définitivement par la section permanente dans le délai d'un mois à dater de cette dernière communication."

Source : CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, pp. 215 - 223.

Annexe 12 : Plan du livre du Dr Erwin Liek : *Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier*

Remarque : Il s'agit d'un plan établi par nous à la lecture du livre.

- Préface du Pr George Weiss, doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
- Avertissement des traducteurs
- Avant-propos de l'auteur

1. Introduction
2. Les Assurances sociales
    2.1. L'assurance maladie
        2.1.1. L'assurance maladie est-elle utile aux assurés ?
        2.1.2. L'assurance maladie a-t-elle été avantageuse pour les médecins ?
        2.1.3. Les inconvénients de l'assurance maladie pour les assurés
            2.1.3.1. "*Entre le malade et le médecin, qui ne doivent naturellement n'avoir entre eux que des relations de confiance, s'interpose une direction bureaucratique.*"[1578]
            2.1.3.2. "*L'assurance maladie étouffe l'énergie, favorise la mollesse du corps et de l'esprit, et conduit à une éternisation voulue de la maladie.*"[1579]
            2.1.3.3. "*Celui qui est réellement malade n'obtient pas intégralement son droit*"[1580]
            2.1.3.4. Le fonctionnement actuel des assurances sociales est très coûteux[1581]
            2.1.3.5. "*Il est inadmissible [...] d'attribuer à l'assurance maladie l'amélioration de la santé publique, la réduction de la mortalité, l'augmentation des chances de vie.*"[1582]
            2.1.3.6. "*L'assurance maladie ne détermine pas uniquement la mollesse corporelle, mais également la dégénérescence morale*"[1583]
        2.1.4. Les inconvénients actuels de l'assurance maladie pour les médecins

1578 Liek, Erwin, *Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier*, traduction de Raoul et Edgard Lantzenberg, Paris : Payot, 1929, p. 39.
1579 Ibid., p. 39.
1580 Ibid., p. 49.
1581 Ibid., p. 52.
1582 Ibid., p. 56.
1583 Ibid., pp. 57 - 58.

2.1.4.1. "*C'est un fait généralement reconnu que les jeunes médecins entre 25 et 35 ans accaparent presque toujours la médecine des caisses et sont, tels des lions, des "Kassenlowen"* "[1584]

2.1.4.2. "*Soigner une masse de malades, c'est être nécessairement amené à un travail fait en série et bâclé*"[1585]

2.1.4.3. "*Les rapports qui doivent naturellement exister entre médecins et malades et qui sont d'ailleurs les seuls possibles sont gênés dans leur établissement et dirigés dans un mauvais sens.*"[1586]

2.1.4.4. "*Soigner une masse de malades c'est, pour le médecin, n'avoir ni le temps de continuer à s'instruire ni le temps de refaire ses forces.*"[1587]

2.1.4.5. "*La clientèle des caisses facilite sans doute le fondement de leur existence aux débutants en médecine. Les grosses recettes des médecins cumulards (Kassenlowen), gigantesquement accrues par la renommée, constituent un appât puissant pour beaucoup de gens qui ne sont pas qualifiés pour étudier la médecine.*"[1588]

2.1.4.6. "*La pratique de la médecine dans les caisses a très rapidement prolétarisé le corps médical.*"[1589]

2.2. L'assurance accidents : source d'abus de la part des assurés.

2.3. L'assurance invalidité et l'assurance employés privés : appareil bureaucratique disproportionné

2.4. L'assurance chômage : bénéfices insignifiants et abus de la part des assurés

2.5. Les soins aux blessés de guerre : abus de la part des assurés.

2.6. Conclusion sur les assurances sociales : "sélection négative"[1590] et abus de la part des assurés.

3. Les moyens de remédier aux méfaits des assurances sociales

3.1. Rappel des principaux méfaits des assurances sociales

3.2. Solutions aux méfaits : "*abrogation des assurances sociales ou*

1584 Ibid., p. 59.

1585 Ibid., p. 59.

1586 Ibid., p. 62.

1587 Ibid., p. 64.

1588 Ibid., p. 66.

1589 Ibid., p. 67.

1590 Expression souvent employé par Liek pour désigner la sélection des plus faible, allant à l'encontre de la sélection naturelle. Il semble émerger ici certaines théories eugénistes, dont on connaît les conséquences tragiques.

transformation radicale"[1591]

3.2.1. L'abrogation est impossible

3.2.2. "*Une transformation radicale de l'état actuel des assurances*"[1592]

3.2.2.1. Les moyens de lutte des caisses

3.2.2.2. Les moyens de lutte des médecins

3.2.2.3. Pour améliorer les assurances sociales il y a deux faits à ne pas perdre de vue

3.2.2.3.1. La question des assurances sociales s'intègre dans la problématique bien plus vaste de la question sociale

3.2.2.3.2. "*Dans l'exécution des assurances sociales le rôle le plus important échoit au médecin.*"[1593]

3.2.2.4. Trois propositions pour changer le système

3.2.2.4.1. La loi du Reich allemand sur la médecine

3.2.2.4.2. Les commissions de santé inspirées du système britannique

3.2.2.4.3. L'étatisation des médecins de caisses

3.2.3. Les avantages de l'étatisation des médecins

3.2.3.1. "*L'intérêt du médecin ne réside plus dans la réceptivité à la maladie mais dans l'état de santé de la région où il exerce.*"[1594]

3.2.3.2. "*Les soucis que font naître le chômage, la maladie ou la mort de celui qui à la charge de nourir une famille disparaissent ou sont pour le moins très atténués.*"[1595]

3.2.3.3. "*Il restera un temps suffisant au médecin pour se reposer et continuer à s'instruire.*"[1596]

3.2.3.4. "*Le médecin travaillera avec allégresse.*"[1597]

3.2.3.5. "*La considération pour la profession médical commencera à remonter.*"[1598]

3.2.3.6. "*La concurrence acharnée des médecins entre eux avec ses multiples et désagréables manifestations accessoires, parmi lesquelles l'entretien de la maladie me paraît être la plus mauvaise et la plus néfaste, prendra fin ou sera tout au moins notablement*

1591 Ibid., p. 111.
1592 Ibid., p. 114.
1593 Ibid., p. 137.
1594 Ibid., p. 150.
1595 Idem.
1596 Ibid., p. 151.
1597 Idem.
1598 Ibid., p. 155.

atténuée."[1599]

3.2.3.7. "*Délivré des polémiques ininterrompues avec le caisses, le corps médical pourra de nouveau se tourner vers des buts plus élevés.*"[1600]

3.2.4. Les inconvénients de l'étatisation des médecins

3.2.4.1. "*La liberté de notre profession sera perdue.*"[1601]

3.2.4.2. "*L'immense bureaucratisation.*"[1602]

3.2.4.3. "*Du médecin libre on fera un médecin qui ira à la chasse des places.*"[1603]

3.2.4.4. "*Les prestations des médecins seront exécutées avec négligence à partir du moment où ils seront étatisés.*"[1604]

3.2.4.5. "*Le corps médical, si fermé autrefois, se divisera en deux camps : les fonctionnaires et les médecins libres. Les fonctionnaires, médecins des caisses, ne tarderont pas à avoir la réputation de médecins de seconde classe.*"[1605]

3.2.4.6. "*L'étatisation constituera un danger pour l'indépendance scientifique des médecins.*"[1606]

3.2.5. Les avantages de l'étatisation pour les assurés

3.2.5.1. "*Le droit de recevoir des soins médicaux est maintenu.*"[1607]

3.2.5.2. "*L'entretien de la maladie, s'il ne prend pas fin totalement, ira cependant en diminuant.*"[1608]

3.2.5.3. "*Les cotisations pourront vraisemblablement être diminuées en même temps qu'augmenteront les prestations médicales.*"[1609]

3.2.6. Les inconvénients de l'étatisation pour les assurés

3.2.6.1. "*Le médecin de confiance librement choisi n'existe plus, à sa place, celle de l'ami, du conseiller bienveillant, arrive le fonctionnaire glacial, le médecin*

1599 Ibid., p. 156.
1600 Ibid., p. 157.
1601 Idem.
1602 Ibid., p. 158.
1603 Ibid., p. 159.
1604 Ibid., p. 163.
1605 Ibid., p. 165.
1606 Ibid., p. 166.
1607 Ibid., p. 168.
1608 Idem.
1609 Ibid., p. 169.

d'arrondissement."[1610]

3.2.6.2. "*A la consultation du fonctionnaire de guérison tout se passera sans doute comme dans les examens de contrôle pratiqués sur les blessés par accident par le médecin de cercle, appelé l'écraseur de rente dans le langage populaire.*"[1611]

3.2.6.3. "*Le médecin d'arrondissement aura bien plutôt le sentiment d'être le supérieur hiérarchique de ses malades que leur ami. Les relations de médecin à malade prendront un aspect militaire [...]*"[1612]

3.3. L'étatisation du corps médical est urgente

3.4. Organisation pratique de l'assurance maladie

3.4.1. Augmentation du nombre d'hôpitaux publics et déclin des cliniques privées

3.4.2. Paiement des frais de l'étatisation

3.4.3. "*Comment réunir les fonds nécessaire si l'on supprime l'assurance telle qu'elle existe actuellement ?*"[1613]

3.4.4. "*Quelle sera la situation pour l'indemnité-maladie, pour les médicaments ?*"[1614]

3.4.5. "*Que deviendront les nombreuses caisses indépendantes, les caisses des classes moyennes, celles des fonctionnaires ?*"[1615]

3.5. Organisation pratique des autres assurances

3.5.1. Assurance accidents du travail

3.5.2. Assurances invalidité et vieillesse

3.5.3. Assurance chômage

4. Conclusion

- Appendice

Source : Liek, Erwin, *Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier*, traduction de Raoul et Edgard Lantzenberg, Paris : Payot, 1929, 219 p.

1610 Idem.

1611 Ibid., p. 170.

1612 Ibid., p. 172.

1613 Ibid., p. 191.

1614 Ibid., p. 192.

1615 Ibid., p. 193.

Annexe n° 13 : Projet de contrat type de 1929 entre les syndicats et les caisses

"Entre la Caisse d'Assurance-maladie ……..
représentée par M. ……
Et les Syndicat des Médecins de ……...
représenté par le docteur …….. son président,
Il a été convenu ce qui suit :

(Libre choix)

Art. 1. - Les assurés de la Caisse …… ont le droit de choisir librement leur médecin parmi tous les médecins du Syndicat, et parmi les médecins non syndiqués ayant adhéré au contrat. La caisse s'interdit de faire aucune pression sur ses adhérents pour entraver leur libre choix.

Variante. - Les assurés de la Caisse ……... ont le droit de choisir librement leur médecin parmi tous les médecins du Syndicat. La caisse s'interdit de faire aucune pression sur ses adhérents pour entraver leur libre choix.

(Certificats)

Art. 2. - Le médecin délivre à l'assuré malade, sur sa demande, un certificat attestant, soit simplement de l'état de maladie, soit, en outre, la nécessité d'une incapacité de travail. Le certificat ne mentionne jamais la nature de la maladie. Lorsque l'incapacité de travail a pris fin, le médecin délivre, s'il y a lieu, un bulletin de reprise de travail.

Une feuille de maladie, délivrée par la caisse, et signée par le médecin, dans les mêmes conditions, peut tenir lieu de ces certificats.

(Paiement)

Art. 3. - L'assuré règle directement au médecin ses honoraires. Le paiement des honoraires donne lieu à un reçu délivré soit à chaque visite ou consultation, soit globalement à la fin de la maladie. Le paiement peut aussi être simplement attesté par une annotation et une signature apposée chaque fois par le médecin sur la feuille de maladie.

Le syndicat communique à la caisse, sur sa demande, à titre indicatif, son tarif minimum d'honoraires. Ce tarif est toujours révisable, au gré du Syndicat.

(Interventions)

Art. 4. - En cas de nécessité d'une intervention, dont le prix dépasse quatre fois celui de la consultation ou de la visite simple (compté au tarif syndical minimum) oun en cas de nécessité d'une série de plus de quatre petites interventions à prix supérieur à celui de la consultation ou de la visite simple (compté au tarif syndical minimum), le médecin délivre à l'assuré une attestation, constatant cette nécessité,

sans indication de diagnostic. L'assuré remet cette attestation à la Caisse qui fait contrôler, si elle le juge à propos.

(Contrôle des malades)

Art. 5. - La Caisse peut toujours faire contrôler la réalité et la durée de la maladie de ses assurés.

Ce contrôle est exercé par un ou plusieurs médecins choisis par la Caisse.

Variante (au § 2.) - Ce contrôle est exercé par un ou plusieurs médecins choisis par la Caisse et agrées par le Syndicat.

Le médecin contrôleur ne visite le malade qu'après avoir prévenu, 48 heures à l'avance, le médecin traitant. Il ne s'immisce en aucune manière dans le traitement.

Le médecin contrôleur de la Caisse s'interdit de soigner les malades de toutes les Caisses dans la région où il exerce.

En cas de désaccord entre le médecin contrôleur de la Caisse et le médecin traitant, sur la réalité, la nature ou la durée de la maladie, le litige est porté devant la Commission prévue par la loi art. 7, § 3.

Les frais de contrôle des malades sont à la charge de la Caisse. Le prix de la visite de contrôle, rapport compris est fixé à …….. ; l'indemnité horo-kilométrique est de ……. .

(Contrôle technique)

Art. 6. - Le contrôle technique est assuré par le Syndicat, aussi bien sur ses propres membres, que sur les médecins non syndiqués adhérents au Contrat. Il a pour but de déceler les abus, en vue de leur redressement ou de leur répression. Il est déclenché, soit à la demande de la Caisse, soit sur l'initiative du Syndicat.

Il est effectué par un ou plusieurs médecins choisis par le Syndicat.

Variante (au § 2). - Il est effectué par un ou plusieurs médecins choisis par le Syndicat et agréés par la Caisse.

Le médecin, chargé du contrôle technique, ne visite le malade qu'après avoir prévenu, 48 heures à l'avance, le médecin traitant. Il ne s'immisce en aucune manière dans le traitement.

En cas d'abus signalés par le médecin chargé du contrôle technique, le litige est porté devant le Conseil de Famille du Syndicat. (Outre les sanctions prévues par les statuts syndicaux, le Conseil de famille peut priver le médecin, temporairement ou définitivement, du droit de soigner les malades de la Caisse). La Caisse et le médecin traitant acceptent, à l'avance, la décision du Conseil de Famille.

Les frais du contrôle technique sont à la charge de la Caisse. Le prix de la visite de contrôle, rapport compris, est fixé à …… ; l'indemnité horo-kilométrique est de ….. .

Variante (au dernier paragraphe). - Les frais du contrôle technique sont à la charge de la Caisse, lorsque le Contrôle est demandé par la Caisse, et à la Charge

du Syndicat, lorsqu'il est effectué sur l'initiative du Syndicat. Le prix de la visite de contrôle, rapport compris, est fixé à … ; l'indemnité horo-kilométrique est de … .

(Hospitalisation)

Art. 7. - L'assuré malade a le droit de se faire soigner à son choix dans une maison de santé privée ou à l'hôpital, lorsque son état ou sa situation ne lui permet pas de se soigner à domicile.

Hospitalisation dans une maison de santé privée. - L'assuré règle ses frais de séjour aux conditions qu'il a lui-même convenues avec l'établissement. La Caisse ne peut lui rembourser un prix de journée inférieur à celui qu'elle paye ou qu'elle rembourse pour les malades de même catégorie, soignés à l'hôpital de la même localité.

L'assuré règle directement les honoraires du médecin, du chirurgien ou du spécialiste.

Le contrôle des malades par la Caisse et le contrôle technique par le Syndicat s'exercent, à la maison de santé, dans les mêmes conditions qu'à domicile.

Hospitalisation à l'Hôpital. - Le prix de journée, pour les assurés sociaux, est établi en tenant compte des frais matériels réels qui incombent à l'hôpital. Ce prix est réglé à l'hôpital, soit par l'assuré, soit par la Caisse.

L'assuré règle directement les honoraires du médecin du chirurgien, du spécialiste, selon des modalités convenues d'un commun accord entre l'établissement hospitalier et le Syndicat médical d'autre part.

Le contrôle des malades et le contrôle technique s'exercent selon des modalités convenues d'un commun accord, entre l'établissement hospitalier et la Caisse d'une part, le corps médical hospitalier et le Syndicat médical d'autre part.

(Durée du Contrat)

Art. 8. - Le présent contrat est conclu pour une année. Il se renouvellera, par tacite reconduction, pour une durée égale. Il cessera son effet lorsqu'il aura été dénoncé, par l'une des parties, trois mois avant son expiration.

(Exclusivité)

Art. 9. - La Caisse s'interdit de conclure un contrat analogue, à d'autres conditions, avec un autre Syndicat médical.

Le Syndicat s'interdit de conclure un contrat analogue, à d'autres conditions, avec une autre Caisse."

Source : CSMF, Le Médecin de France, 1929, pp. 678 - 682.

Annexe 14 : Les principaux articles de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales

Remarque : En raison de sa longueur totale (une quarantaine de pages), nous ne reprenons ici que les articles les plus importants de la loi du 30 avril 1930, en recoupant les sélections effectuées par Pierre Leclerc[1616] dans son ouvrage et par la CSMF en 1930[1617]. Nous y avons toutefois ajouté quelques paragraphes importants dans le cadre de la participation du corps médical aux assurances sociales. Une version complète du texte est disponible en ligne dans le catalogue numérique de la bibliothèque nationale de France : http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k61493360

"*TITRE PREMIER*
Assurances obligatoires

Article 1er. - § 1. - Les assurances sociales couvrent les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès et comportent une participation aux charges de famille et de maternité dans les conditions déterminées par la présente loi.

§ 2. - Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés de l'un ou l'autre sexe dont la rémunération totale annuelle, qu'elle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 15.000 fr.

Ce chiffre limite sera porté à 18.000 fr. dans les villes de plus de 200.000 habitants et dans les circonscriptions industrielles dont la liste sera déterminée par décret rendu sur la proposition du ministre du travail.

Pour les salariés qui ont des charges de famille au sens fixé par l'article 20 de la présente loi, le chiffre limite est augmenté de 2.000 fr. s'ils ont un enfant à leur charge, de 4.000 fr. s'ils ont deux enfants ; il est porté à 25.000 fr. s'ils en ont trois ou davantage.

Ne sont pas considérés comme salariés les enfants : 1° soumis à l'obligation scolaire qui effectuent un travail salarié non interdit par le livre II (art. 1er) du code du travail ; 2° qui, sans recevoir de salaires en argent, travaillent chez leursparents et pour le compte de ceux-ci.

Ne sont pas considérées comme salariées les personnes dont le nombre de journées de travail salarié, accompli habituellement au cours d'une année, est inférieur à 90.

§ 3. - L'affiliation s'effectue obligatoirement et sous les sanctions prévues à l'article 64, à la diligence de l'employeur, dans le délai de la huitaine qui suit l'embauchage de tout salarié non encore immatriculé et rentrant dans les conditions

1616 Se reporter aux sources de cette annexe.
1617 Idem.

du présent article. Elle est opérée dans, le département du lieu de l'établissement dont
dépend le salarié par les soins du service départemental ou exceptionnellement interdépartemental des assurances sociales qui immatricule l'assuré et lui délivre une carte individuelle d'assurances sociales.

§ 4. - Sous réserve des conventions diplomatiques, les salariés étrangers ayant leur résidence réelle et permanente en France et qui y travaillent dans des conditions régulières depuis trois mois bénéficient, comme les salariés français, des prestations prévues par la présente loi, à l'exception des allocations et des fractions de pensions imputables sur le fonds de majoration et de solidarité créé par la présente loi. [...]

§ 5. - Les salariés étrangers ayant leur lieu de résidence à l'étranger et leur lieu de travail permanent en France depuis au moins trois mois bénéficieront, s'il a été passé à cet effet une convention avec leur pays d'origine, du régime du paragraphe 4 ci-dessus.

Art 2. - § 1. - Les ressources des assurances sociales sont constituées, en dehors des contributions de l'Etat, par des versements pour moitié à la charge de l'assuré et retenus lors de sa paye au moins une fois par mois, et pour moitié à la charge de l'employeur. C'est à ce dernier qu'incombe, pour toute occupation du salarié, sous les sanctions prévues à l'article 64, l'acquittement de cette double contribution sous forme de vignettes ou de timbres apposés, au moins une fois par mois, sur une carte annuelle pour les risques de capitalisation, et sur des feuillets trimestriels, pour les risques de répartition, délivrés gratuitement par le service départemental des assurances sociales. A défaut de présentation par l'assuré desdits cartes et, feuillets, la double contribution est représentée, par des timbres apposés, par l'employeur, des cartes et feuillets d'un modèle spécial à déterminer par arrêté, qui lui sont délivrés sur sa demande, par ce service. La carte annuelle doit être échangée à l'expiration du mois anniversaire de naissance de l'assuré et les feuillets trimestriels doivent être transmis au service départemental dans les dix derniers jours de chaque trimestre. L'employeur doit mentionner sur les timbres la date d'apposition des timbres, dépourvus de cette mention sont présumés représenter des versements personnels de l'assuré.

Le versement de cette contribution pourra,dans les conditions à fixer par décret, s'opérer par tout autre mode de libération.

Les employeurs qui n'ont pas représenté sur les cartes et feuillets susvisés les versements prescrits par les délais fixés sont passibles à compter du premier jour du mois suivant celui dans lequel le payement était exigible, d'intérêts de retard calculés au taux de 50 % par mois, sans préjudice dès dispositions de l'article 64 ci-après.

§ 2. - Les assurés sont répartis annuellement en cinq catégories, les cotisations et les prestations sont fixées dans chacune de ces cinq catégories,

d'après un salaire de base. Ces cinq catégories, le salaire de base, la cotisation journalière et hebdomadaire, mensuelle, annuelle, afférente à chacune d'elles, sont ainsi fixées :

LIMITES DE SALAIRES RÉELS par catégories.	SALAIRE quotidien de base	COTISATIONS											
		Journalière.			Hebdomadaire.			Mensuelle.			Annuelle.		
		Assuré.	Employeur	Total	Assuré	Employeur	Total	Assuré	Employeur	Total	Assuré	Employeur	Total
	francs.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs
1re catégorie. Au-dessous de 8 fr. (1 à 2.399 fr.).	6	0 25	0 25	0 50	1 50	1 50	3	6	6	12	72	72	144
2e catégorie. De 8 fr. à 14 fr. 99 (2.400 à 4.499 fr.)	12	0 50	0 50	1 »	3 »	3 »	6	12	12	24	144	144	288
3e catégorie. De 15 fr. à 19 fr. 99 (4.500 à 5.999 fr.)	18	0 75	0 75	1 50	4 50	4 50	9	18	18	36	216	216	432
4e catégorie. De 20 fr. à 31 fr. 99 (6.000 à 9.599 fr.)	24	1 »	1 »	2 »	6 »	6 »	12	24	24	48	288	288	576
5e catégorie. De 32 fr. et plus (9. 600 fr. et plus).	36	1 75	1 75	3 50	10 »	10 »	20	40	40	80	480	480	960

Fig. 5. - *Tableau des cotisations selon la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales*[1618]

§ 3. - Le risque invalidité étant provisoirement assuré dans les conditions de l'art. 12, § 8, ci-après, le montant de la double cotisation qui représente en moyenne, pour chaque catégorie, 8 % du salaire annuel de base, est divisé en deux parts égales. Ces deux parts, sous réserve de certains prélèvements, sont destinés, l'une à là couverture du risque vieillesse, l'autre à la garantie des risques de répartition, maladie, maternité, décès, soins aux invalides. [...]

§ 7. - La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge, toute convention contraire étant nulle de plein droit.

§ 8. - Aux versements obligatoires, les salarié ou leurs employeurs peuvent ajouter, sans limitation de valeur, des versements facultatifs qui donnent droit à des avantages supplémentaires dans des conditions qui seront fixées par décret.

En ce qui concerne les adhérents des caisses d'assurances sociales fondées par les sociétés ou unions de sociétés de secours mutuel, les versements facultatifs prévus à l'alinéa précédent sont effectués directement à celles-ci et les avantages supplémentaires qui en résultent sont garantis dans les conditions de leurs statuts.

1618 Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, *Texte officiel et complet de la loi sur les assurances sociales. Loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930*, Paris : Etienne Chiron éditeur, 1930, p. 3.

§ 9. - Les assurés qui, en dehors des cas de chômage involontaire prévus à l'article 21, ne se livrent que par intermittence à un travail salarié pourront, dans les conditions à fixer, par un décret, effectuer des versements facultatifs afférents aux journées qui n'ont pas donné lieu à rémunération, sans cesser d'être considérés comme des assurés obligatoires, à condition qu'ils justifient annuellement d'au moins quatre-vingt-dix jours de travail salarié et que ces versements soient au moins égaux, pour chaque jour, au montant de là cotisation totale correspondant au salaire moyen journalier défini par le même décret.

§ 10. En vue d'éviter de perdre leurs droits, les assurés obligatoires peuvent, dans les conditions à fixer par un décret, effectuer des versements facultatifs pour les journées de maladie où de chômage qui ne donnent pas.lieu au payement des cotisations. Ces versements doivent être égaux au montant de la cotisation totale correspondant au salaire moyen journalier défini par le même décret.

§ 11. Le produit de la vente des timbres «assurances sociales est versé par l'administration des postes et des télégraphes, dans les conditions fixée par décret rendu sur la proposition du ministre des finances et du ministre du travail, à la caisse des dépôts et consignations, qui le porte à un compte de dépôts ouvert dans ses écritures au titre : "Ministère du Travail. — Produit de la vente des timbres pour les assurances sociales". Cette caisse est chargée de la gestion du fonds spécial ainsi institué. Elle doit, sur les indications des services départementaux des assurances sociales, transférer sans retard à chaque caisse d'assurance les sommes qui lui reviennent sur ledit fonds spécial.

§ 12. Les revenus du fonds spécial sont répartis par la caisse des dépôts et consignations, à la fin de chaque année, entre les diverses caisses d'assurance, au prorata des sommes attribuées à chacune d'elles pendant ladite année, en représentation du montant des timbres apposés sur les cartes de leurs adhérents.

Art. 3. - 1. - L'assujettissement obligatoire aux assurances sociales cesse à l'âge de soixante ans. Le salarié a la faculté d'ajourner, d'année en année, la liquidation de ses droits à la retraite. Il demeure, s'il continue à travailler, assuré dans les conditions de la présente loi contre les risques maladie et décès. Le fonds de majoration ne sera tenu, en aucun cas, de majorer la rente viagère de vieillesse acquise par l'intéressé au delà du minimum de pension prévu à l'article 15, paragraphes 1er et 2.

§ 2. - L'assuré retraité pour vieillesse qui continue à travailler est exonéré de toute retenue à sa charge.

§ 3. - La contribution patronale est due pour l'emploi de tout salarié français ou étranger rentrant dans les conditions des articles premier, paragraphe 2, et 2, paragraphe 6 : a) dont la retraite de vieillesse constituée sous un régime résultant de dispositions légales ou réglementaires, est liquidée ou en instance de liquidation ; b) âgé de soixante ans, où plus,qui ne bénéficierait d'aucune retraite constituée dans ces conditions.

Cette contribution est versée au fonds de majoration et de solidarité sous les sanctions prévues à l'article 64,dans les formes et les délais fixés par le règlement général d'administration publique.

Risque maladie

Art. 4. - 1. - L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais de transport, d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint, leurs enfants à charge non salariés âgés de moins de seize ans et les pupilles de la nation remplissant les mêmes conditions dont l'assuré est tuteur, selon les modalités suivantes :

Ne bénéficie pas des prestations prévues au présent paragraphe le conjoint d'un ou d'une assuré obligatoire, lorsque son revenu commercial déclaré dépasse le maximum prévu à l'article 37.

En ce qui concerne la prothèse dentaire l'assuré n'aura droit qu'à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession.

La délivrance de ces appareils sera soumise à la décision préalable d'une commission technique.

§ 2. - L'assuré choisit librement son praticien.

§ 3. - Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

§ 4. - La part contributive garantie par les caisses, sous réserve des conditions prévues à l'article 33, dans le prix de l'acte médical, est établie par les caisses compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région.

Cette part contributive est avancée ou remboursée par la caisse à l'assuré ; elle est inscrite, ainsi que les modalités d'application de la loi et toutes autres conditions jugées utiles, dans les conventions passées entre les caisses et les syndicats professionnels.

Les caisses ne pourront passer des conventions qu'avec des syndicats professionnels habilités par leurs groupements nationaux, cette habilitation devant être approuvée par le conseil supérieur des assurances sociales.

Dans le cas où un avis défavorable à l'habilitation aurait été donné par le groupement national intéressé, le syndicat professionnel pourra faire appel devant la section médico-pharmaceutique ou conseil supérieur des assurances sociales. Au cas où cette section confirme l'avis du groupement national, il n'y à pas lieu à habilitation. Dans le cas contraire, il est prononcé sur l'habilitation, comme il est dit plus haut, par le conseil supérieur des assurances sociales.

§ 5. La participation de l'assuré au tarif de responsabilité établi dans les conventions est fixé à 15 % pour les deux premières catégories d'assurés et à 20 % pour les autres, et réalisée suivant les modalités fixées dans les conventions

prévues au paragraphe précédent du présent article. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 %. Un décret déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

Le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne pourra, en aucun cas, excéder par journée de maladie, à partir delà première constatation médicale, 50 % de la moyenne journalière générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu dans chaque caisse à cotisation. En cas de maladie exigeant un traitement spécial, le maximum précité pourra être dépassé conformément aux dispositions du paragraphe 7, alinéa 3, du présent article.

§ 6. - Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurance pourra être autorisée, sur sa demande, et après avis favorable du conseil supérieur dès assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés ou d'une partie d'entre eux aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage.

§ 7. - Au cas où les caisses ne pourraient pas conclure avec les syndicats médicaux les conventions prévues au paragraphe 4 ci-dessus, elles pourraient, soit prendre à leur charge une part forfaitaire du prix de tout acte médical dans les conditions d'un tarif de responsabilité établi par elles, soit verser à l'assuré malade ou à ses ayants droit une indemnité forfaitaire journalière de soins pour les maladies ne comportant ni intervention chirurgicale, ni hospitalisation.

Le minimum de cette indemnité journalière sera égal à 20 % de la moyenne générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu à cotisation. Dans ce cas, la retenue de 15 à 20 % à la charge de l'assuré, prévue au paragraphe 5, ne saurait jouer. Le minimum d'indemnité journalière pourra être fixé par les caisses à un taux plus élevé, sous leur responsabilité propre et sans pouvoir faire appel à la réassurance pour les excédents de dépenses correspondants.

De plus, des indemnités supplémentaires devront être versées à l'assuré lorsque le déplacement du médecin sera nécessaire, ou lorsque le médecin traitant et la caisse estimeront d'un commun accord que la maladie exige un traitement spécial ou si, en cas de désaccord, il en est ainsi décidé par la commission technique prévue à l'article 7, paragraphe 3.

§ 8. - Les indemnités prévues au présent article sont dues à partir de la date du début de la maladie où du traitement de prévention qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

§ 9 - L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs pu qui est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail, recevra les indemnités spéciales, qui seront prévues dans le règlement intérieur de la caisse.

§ 10. - Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

§ 11. - Tous les cinq ans, l'assuré malade ou non sera autorisé à se soumettre à un examen de santé dont les conditions seront fixées dans les

conventions prévues au paragraphe 4 du présent article ou, en l'absence de conventions, dans un règlement spécial établi par les caisses.

§ 12. - Les caisses d'assurances sociales ne peuvent faire appel à la réassurance pour les excédents de dépenses résultant de l'application d'un tarif de responsabilité supérieur à celui qui, compte tenu des tarifs syndicaux minima, sera arrêté par le ministre du travail après avis du conseil supérieur des assurances sociales.

Art. 5. - § 1. - Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer pu reprendre le travail, il a droit, à partir du sixième jour qui suit le début de la maladie ou l'accident et jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'expiration des six mois prévus à l'article 4, à une indemnité par jour ouvrable égale à la moitié du salaire de base de la catégorie dans laquelle le classent les cotisations obligatoires.

Cette indemnité est due à partir du quatrième jour si l'assuré a au moins trois enfants ou pupilles de la nation à sa charge dans lès conditions prévues à l'article 20.

§ 2. - Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en, argent, l'assuré devra avoir cotisé soixante jours durant les trois mois antérieurs ou deux cent quarante jours durant les douze mois précédant la maladie, les journées de maladie indemnisées étant décomptées comme journées de cotisation.

Art- 6. - § 1. - L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle.

L'organisation et le fonctionnement technique des établissements fondés par les caisses seront réalisés par les conseils d'administration des caisses, après avis des syndicats médicaux intéressés, lorsque les syndicats auront passé une convention collective avec les caisses. Celles-ci devront demander par lettre recommandée l'avis des syndicats intéressés, lequel devra être donné dans un délai d'un mois. En cas de désaccord, ces syndicats pourront, dans le délai fixé ci-dessus, saisir la commission tripartite, prévue à l'article 7, paragraphe 5, laquelle statuera dans un délai de deux mois.

Les caisses d'assurances sociales pourront passer des contrats avec les sociétés ou unions de sociétés de secours mutuels ayant créé des oeuvres sociales dans les conditions de l'article 8, alinéa 7, de la loi du 1er avril 1898 modifiée, en vue d'en faire bénéficier leurs adhérents assurés de la présente loi.

§ 2. - En cas d'hospitalisation, les frais à supporter par la caisse, abstraction faite des honoraires médicaux,seront contenus dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à l'égard des malades admis au tarif le plus bas des malades payants.

§ 3. - L'allocation à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite, en cas d'hospitalisation :

Du tiers, si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de seize ans, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge ;

De la moitié, si l'assuré est marié sans enfant ni ascendant à sa charge ;

Des trois quarts, dans tous les autres cas. [...]

§ 4. - Les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins qui conservent la liberté d'ordonner les médicaments conformes aux lois existantes.

Une commission spéciale sera prévue au règlement général d'administration publique avec mission d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés.

§ 5. - Les conventions passées entre la caisse et les syndicats professionnels de praticiens, et avec les établissements de soins et les tarifs de responsabilité établis par les caisses dont les conditions sont soumises à une commission fonctionnant au chef-lieu du département, composée pour le premier tiers de représentants des caisses, pour le second tiers de représentants des groupements professionnels, et, pour le dernier tiers, de représentants des Ministres du Travail et de la Santé publique, y compris les commissions administratives des hôpitaux et hospices publiques. Sauf pour le contrôle du service technique elle est chargée, en outre, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux, et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales. En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel devant la section permanente, les litiges qui naîtraient, entre les parties contractantes, de l'application des dites conventions. [...]

Art 7. - 1 §. - La caisse exerce un contrôle général sur l'ensemble des services, les administrations hospitalières sur leurs établissements. Dans le cas où existe une convention avec la caisse, les syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur la demande de la caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés.

§ 2. - Tout bénéficiaire de l'assurance maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectuent en présence dû médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

§ 3. - Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la caisse, cet état est apprécié par une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin sera un médecin expert désigné par le président du tribunal civil. En cas d'abus, la caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

§ 4. - Les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins qui conservent la liberté d'ordonner, les médicaments conformes aux lois existantes.

Une commission spéciale sera prévue au règlement d'administration publique, avec mission d'établir et de maintenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés.

§ 5. - Les conventions passées entre la caisse et les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins et les tarifs de responsabilité établis par les caisses dans les conditions prévues à l'article 4, paragraphes 4 et 7, sont soumises à une commission fonctionnant au chef-lieu du département, composée pour le premier tiers de représentants de caisses, pour le second tiers de représentants des groupements professionnels, et pour le dernier tiers, de représentants des ministres du travail et de la santé publique, y compris les commissions administratives des hôpitaux et hospices publics. Sauf pour le contrôle du service technique, elle est chargée, en outre, de prévenir et dé régler les difficultés dans les divers services ou entre eux, et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales. En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel, devant la section permanente, les litiges qui naîtraient, entre les parties contractantes, de l'application des dites conventions.

Art- 8. - § 1. - Ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent, sous réserve de l'application de l'article 60 ci-après :

Les maladies et les blessures indemnisée sont susceptibles d'être indemnisées par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail.

§ 2. - Ne donnent pas lieu aux prestations en argent : les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré.

§ 3. - Les blessures et les maladies visées par la législation sur les pensions militaires sont garanties suivant les conditions fixées aux articles 51 et 54.

Maternité

Art. 9. - § 1. - Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assurée et la femme de l'assuré bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques, dans les conditions et limites fixées par les articles 4 et 5.

§ 2. - Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié durant cette période et qu'elle ait cotisé soixante jours pendant les trois

mois, ou 1 deux cent quarante jours pendantles douze mois qui ont précédé l'état de grossesse.

§ 3. - En cas de grossesse pathologique de l'assurée, entraînant application des assurances maladie, invalidité, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide. Les disposition de l'article 10 reçoivent application six mois après l'accouchement.

§ 4. - L'assurée qui allaite son enfant et qui remplit les conditions fixées par l'article 5, paragraphe 2, a droit ,durant la période d'allaitement et pendant neuf mois au maximum,à une allocation mensuelle de 150 fr. pendant les quatre premiers mois, de 100 fr. pendant le cinquième et le sixième, et de 50 fr. du septième au neuvième.

§ 5. - L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter complètement son enfant, peut, si l'enfant est élevé chez elle, recevoir, pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin, des bons de lait, dont la valeur n'excédera, dans aucun cas, les deux tiers de la prime d'allaitement.

§ 6. - Le payement des allocations ci-dessus visées est subordonné à l'observation, par le bénéficiaire, des prescriptions qui doivent être faites par la caisse d'assurances, notamment en ce qui concerne les visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des consultations maternelles et des consultations de nourrissons.

Risque invalidité

Art. 10. - § 1. - L'assuré qui, à l'expiration du délai de six mois, prévu à l'article 4, ou en cas d'accident non régi par la loi sur les accidents du travail, après consolidation de la blessure, reste encore atteint, suivant attestation médicale, d'une affectation ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail, a droit, d'abord à titre provisoire, puis, s'il y a lieu, à titre définitif, à une pension d'invalidité. [...]

Art. 11. - Pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis deux ans au moins avant la maladie et, par .suite, posséder à son compte d'assuré les versements correspondant au moins, à quatre cent quatre-vingts cotisations journalières, durant les deux ans précédant le début de l'affection ou de l'accident.

Art. 12. - § 1. - La pension d'invalidité est fixée, à titre provisoire, pour une durée de cinq années.

§ 2. - Pendant cette période, l'assuré bénéficie dés dispositions de l'article 4, en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques. Les règles fixées par l'article 6, paragraphe 3, sont applicables sous les modalités suivantes :

§ 3. - Pendant cette même période et sous peine, de voir sa pension suspendue, le pensionné doit se soumettre aux visites médicales qui à toute époque, peuvent être demandées par la caisse d'assurances. On considérera qu'il y a refus d'examen, si l'invalide ne répond pas à la convocation, par lettre recommandée du médecin de la caisse ou s'oppose à la visite de celui-ci, s'il s'agit d'un invalide ne pouvant, quitter la chambre.

§ 4. - Les frais de déplacement de l'assuré ou du pensionné qui, pour répondre à la convocation du médecin désigné par la caisse, de l'expert médical, doit quitter la commune où il réside, sont à la charge de la caisse. Le tarif de ces frais sera fixé par département dans les conditions arrêtées par décret, après avis de la commission tripartite, prévue à l'article 7, paragraphe 5.

§ 5. - La pension est supprimée si la capacité de travail dévient supérieure à 50 %. [...]

Risque vieillesse

Art. 13. - § 1. - L'assurance-vieillesse garantit une pension de retraite au salarié qui à atteint l'âge de soixante ans.

§ 2. - L'assuré peut ajourner la liquidation de sa pension. Pour les assurés de la période transitoire, un délai minimum de cinq ans de versements est exigé pour ouvrir le droit à la pension de retraite.

Art. 14 - § 1. - Sur le montant de la double contribution prévue à l'article 2, il est affecté à la constitution d'une rente viagère de vieillesse au profit de l'assuré, une somme fixée annuellement par décret et qui ne sera pas inférieure à 3,60 % du salaire de base pour les assurés ayant atteint ou dépassé trente ans et à 2 % du salaire de base pour les assurés n'ayant pas atteint cet âgé ; pour les assurés ayant atteint ou dépassé trente ans la différence éventuelle entre la part affectée au risque vieillesse en vertu de l'article 2, paragraphe 3, et la somme fixée par décret sera versée au fonds de majoration et de solidarité ; pour les autres, la même différence est versée jusqu'à concurrence de 1,60 % du salaire de base au fonds de majoration et de solidarité et, pour le surplus, au fonds de garantie et de compensation. Les versements sont capitalisés à un compte individuel d'assurance à capital aliéné ou réservé au gré de l'assuré. [...]

Art. 15. - § 1. - Pour tout assuré pouvant justifier, à l'âge de soixante ans, ou jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans, d'au moins trente années entières de versements correspondant chacune à un minimum de deux cent quarante cotisations journalières, la pension de vieillesse ne sera pas inférieure à 40 % du salaire moyen annuel de base résultant des cotisations d'assurés obligatoires payées chaque année depuis l'âge de seize ans. [...]

Risque décès

Art. 19. - § 1. - L'assurance-décès garantit aux ayants droits de l'assuré le paiement, à son décès, d'un capital fixé à 20 % de son salaire annuel moyen. [...]

Droits des chômeurs à l'assurance

Art 21. - Tout assuré obligatoire, de nationalité française, se trouvant en état de chômage involontaire par manque de travail et inscrit à un office de placement, a droit, pour une durée maximum de quatre mois par période de douze mois, au versement pour son compte de la double contribution prévue à l'article 2 de la présente loi.

Art 22. - Pour bénéficier des avantages prévus à l'article précédent, l'assuré devra compter, immédiatement avant la période de chômage, une année entière d'affiliation interrompue aux assurances sociales et remplir les mêmes conditions de cotisations que celles imposées pour l'assurance-maladie.

TITRE II
Des caisses d'assurances

Art 26. - § 1. - La gestion des assurances sociales est confiée : 1° à des caisses primaires qui, sous réserve des exceptions prévues au paragraphe 9 du présent article et à l'article 44 en faveur de certaines caisses, fonctionnent dans le cadre départemental ; 2° à une caisse primaire interdépartementale ou, exceptionnellement, interdépartementale. Ces organismes sont constitués et administrés conformément aux prescriptions générales de la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuel, sous réserve des dispositions de la présente loi. Ils fonctionnent, pour la couverture des risques et l'attribution des prestations, dans les conditions de la présente loi.

§ 2. - Les caisses primaires ont pour objet la maladie, la maternité, le décès et les soins aux invalides et pour celles visées au paragraphe 4 du présent article, soit la vieillesse, soit la vieillesse et l'invalidité. Les mutualités maternelles actuellement existantes pourront, sur leur demande, recevoir d'une caisse primaire de répartition la fraction, déterminée par décret,de cotisation afférente à la maternité, qu'elles couvriront librement dans les termes de la loi. Les sociétés ou unions de sociétés régies par la loi du 1er avril 1898, les syndicats professionnels et unions de syndicats régulièrement constitués en application de la loi du 21 mars 1884, ainsi que les caisses d'assurances ou de réassurances mutuelles agricoles visées par la loi du 4 juillet 1900 et leurs unions peuvent fonder une caisse primaire pour les. assurés appartenant à ces organisations et les membres de leur famille. Les assurés peuvent se grouper spontanément pour la création d'une caisse

primaire. Les caisses primaires doivent assurer soit directement, soit par l'intermédiaire de sections locales, le service local des prestations. Toutefois, lorsqu'elles sont fondées par des caisses de réassurances constituées en application de la loi du 1er avril 1898 ou de la loi du 4 juillet 1900, elles sont admises à assurer ce service par l'intermédiaire des organismes locaux affiliés aux dites caisses de réassurance. ,

§ 3. - L'assuré qui, trois mois avant la mise en application de la loi, appartiendra en qualité, soit de membre participant, soit de membre honoraire, à une société de secours mutuel fonctionnant dans les conditions de la loi du 1er avril 1898, est présumé, sauf désignation contraire de sa part, exprimée au plus tard un mois avant la date de mise en vigueur de la présente loi, faire choix de la caisse primaire à laquelle cette société,ou l'union dont elle fait partie, se rattache par un lien effectif. [...]

§ 5. - La caisse primaire départementale est chargée des risques de répartition pour tous les assurés non inscrits à une autre caisse primaire. [...]

§ 6. - Aucun des organismes énumérés aux paragraphes qui précèdent ne peut créer de pharmacies. [...]

§ 9. - Le conseil .d'administration définitif de la caisse départementale et des caisses primaires doit comprendre dix-huit membres au moins, dont là moitié au moins d'assurés élus, et, à titre de membres honoraires admis par l'assemblée générale avec ou sans paiement de cotisation, deux praticiens choisis sur une liste présentée par les syndicats professionnels prévus à l'article 4 ayant passé une convention avec la caisse et, à défaut de convention, choisis par les autres membres, et, sauf dans les caisses primaires fondées par les assurés, au moins sixr eprésentants des employeurs choisis par les. employeurs d'assurés affilies à la caisse ou qui en dépendent.

Toutefois, les caisses fondées par des sociétés de secours mutuel peuvent décider statutairement qu'elles seront administrées par le conseil d'administration de la société de secours mutuel, sous réserve que ce conseil comprenne au moins moitié d'assurés. [...]

Art 28. - § 1. - Le service départemental fait porter, parles soins de la caisse des dépôts et consignations, au crédit des caisses primaires, pour chacun des adhérents à ces caisses, la portion de cotisation afférente aux risques qu'elles sont autorisées à couvrir et sous réserve, de l'application des articles 32, 69 et 70.

§ 2. - Il provoqué le créditement par la caisse générale de garantie des remises de gestion à allouer à chaque caisse ; les bases d'attribution de ces remises sont fixées, en ce qui concerne les risques assurés, par décret rendu sur la proposition du ministre du travail. Les caisses rétrocèdent aux organismes ou sections chargés -du service local des prestations une partie des remises de gestion ainsi attribuées.

§ 3. - Les caisses primaires peuvent se grouper en unions régionales, notamment en vue de réaliser des oeuvres d'intérêt commun, telles que : organisations d'hygiène sociale, oeuvres d'assainissement, établissements de prévention et de cure sanatoriums, dispensaires, maisons de convalescence et de retraite.

Art. 31. - § 1. - Les disponibilités des caisses d'assurances sont employées en tenant compte de la nature et de l'importance des risques assurés par les. caisses :

[...]

2° Jusqu'à concurrence de moitié,.sur la désignation des caisses et sous la seule réserve des approbations prévues aux alinéas suivants :

a) En prêts aux départements, communes,syndicats de communes, colonies, pays de protectorat,chambres de commerce, chambres d'agriculture, chambres de métiers ou tous autres établissements,,publics ou en valeurs jouissant de la garantie de ces établissements. [...]

d) En acquisitions de terrains ou d'immeubles, sous réserve de l'acceptation de la caisse générale de garantie.

La construction ou l'aménagement d'établissements hospitaliers de prévention où de cure ne pourront s'effectuer dans les villes où siège une faculté ou une école de médecine qu'après avis des commissions administratives des hôpitaux et des conseils de faculté ou écoles de médecine. [...]

Art. 33. - [...]

§ 4. - Les caisses: d'assurances peuvent également employer leur solde à créer ou développer des oeuvres de maternité et d'enfance, des. hôpitaux, sanatoria preventoria, dispensaires, maisons de convalescence ou de retraite et autres institutions d'hygiène sociale et de prophylaxie générale. [...]

§ 9. - L'exécution de la loi sur les assurances sociales ne devra, en aucun cas, imposer au budget général, ainsi qu'aux budgets des départements et, des communes, des charges supérieures à celles qui sont prévues dans la présente loi.

Art 34. - § 1. - Toute caisse élabore un règlement d'administration intérieure relatif aux formalités que doivent remplir les intéressés pour bénéficier des prestations de l'assurance. Ce règlement comporte des dispositions communes à toutes les caisses, fixées par le règlement général d'administration publique, et des dispositions spéciales à chaque caisse. Il doit prévoir les conditions suivant lesquelles seront assurées les prestations-maladie au cas où le salarié malade est logé ou nourri par son employeur.

§ 2. - Il doit être approuvé par le ministre dutravail. »

Art 35. - L'adhésion de l'assuré à une caisse d'assurance est valable pour deux ans, sauf le cas où il change de lieu de travail. Elle ne peut produire effet, au regard de la nouvelle caisse qu'il désigne, qu'autant que les conditions légales de taux et de durée de versements fixées pour chaque risque ont pu être remplies par l'assuré. Toutefois, pendant les deux années qui suivront la mise en application de la loi, ce délai est réduit à un an.

TITRE III
Assurance facultative

Art 37. - § 1. - Les fermiers, cultivateurs, métayers non visés à l'article 73, artisans, petits patrons, petits commerçants, les travailleurs intellectuels non salariés et, d'une manière générale, tous ceux qui, sans être salariés, vivent principalement du produit de leur travail, à la condition qu'ils soient de nationalité française et que le produit annuel de leur travail n'excède pas les chiffres limites prévus à l'article 1er, paragraphe 2, ainsi que les assurés visés à l'article 43, paragraphes 2 et 4, peuvent, en opérant des versements à l'une des caisses visées par les articles 26 et 44, dans les conditions énumérée par le présent titre, être admis facultativement au bénéfice des assurances sociales. [...]

TITRE IV
Dispositions transitoires

Art 49. - § 1. - Les salariés de l'Etat, des départements, des communes, des chemins de fer d'intérêt général, des chemins de fer de l'Etat, des chemins de fer d'intérêt général secondaires et d'intérêt local et des tramways, les ouvriers mineurs et ardoisiers et le personnel de leur caisse autonome, les inscrits maritimes et les agents du service général, les agents bénéficiaires de la loi du 28 juillet 1928 relevant des entreprises concessionnaires des services publics du gaz et de l'électricité, les agents relevant des services concédés ou en régie de distribution d'eau et bénéficiaires d'une caisse autorisée en vertu de la loi du 27 décembre 1895, les agents placés sous le régime des décrets des 16 janvier et 28 janvier 1808, et les agents des établissements placés sous le régime des décrets des 28 février 1852 et 28 juin 1854, et des lois du 5 juillet 1900 et 29 décembre 1911, le personnel de la Chambre de Commerce de Marseille dont le caractère de service public découle de la concession de l'outillage des quais (décret du 28 mars 1916), le personnel des théâtres nationaux, subventionnés bénéficiaires d'une caisse de retraite instituée par décret, demeurent respectivement; soumis aux législations ou règlements qui les régissent à l'égard desrisques garantis par la présente loi.

2. Dans le délai d'un an après la mise en application des assurances sociales, un décret fixera les règles de coordination de ces divers régimes, avec le régime général des assurances sociales et déterminera le mode de liquidation des

droits de l'intéressé qui passera d'un régime à un autre, et notamment de l'agent qui viendrait à quitter le service ou l'administration avant d'avoir droit à une pension, et le transfert de la valeur de ses droits aux assurances sociales, et inversement. Le même décret fixera le régime d'assurance définitif de ces salariés, lequel devra les couvrir contre l'ensemble dés risques prévus par la présente loi, sans que les prestations de même nature déjà accordées auxdits salariés puissent être réduites ou supprimées.

Art 51. - Les assurés malades ou blessés de guerre, qui bénéficient de la législation des pensions militaires,continueront de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, suivant les prescriptions dudit article et des dispositions réglementaires qui en règlent l'application. Ils auront droit, dans tous les cas, à toutes les prestations prévues à l'article 5 de la présente loi.

Pour les maladies, blessures ou infirmités n'ayant pas une origine militaire, ils jouiront, ainsi que leur conjoint et leurs enfants non salariés dé moins de seize ans,des prestations en nature de l'assurance-maladie, mais ils seront dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides.

L'Etat devra verser à la caisse d'assurances, pour chaque assuré de leur catégorie, une surprime correspondant à l'aggravation des charges supportées par là caisse. Le taux de cette sur prime sera uniforme et déterminé par décret.

Art 52. - La présenté loi ne sera applicable aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle qu'en vertu d'une loi spéciale qui déterminera la date d'application, ainsi que les mesures de coordination propres à substituer au régime dès
assurances sociales actuellement en vigueur dans ces trois département, les dispositions du présent texte et toutes autres mesures transitoires.

TITRE V
Dispositions générales

[...]

Art 59. - § 1. - Pour les assurés notoirement indigents, inscrits sur la liste prévue ci-après, il ne sera prélevé aucun pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques en cas de maladie, grossesse et invalidité.

Il sera établi une liste spéciale de ces assurés, conformément à -l'article 12 de la loi du 15 juillet 1893 ; cette liste sera communiquée pour avis à la caisse primaire.

Les dépenses de ce service seront tarifées conformément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et supportées pour 80 % par la caisse primaire et pour 20 % par la commune du domicile de secours.

Les dispositions, ci-dessus sont applicables aux membres, de la famille de l'assuré inscrit sur ladite liste spéciale. [...]

Art. 60. - § 1. - L'assuré victime d'un accident dû travail tout en bénéficiant des dispositions de là loi dû 9 avril1898, conserve pour toute maladie qui n'est pas la, conséquence de l'accident, ainsi qu'en cas de grossesse, ses droits aux prestations de la présente loi pour lui, son conjoint et les personnes à sa charge, pourvu qu'il ait cotisé soixante jours dans les trois mois ou deux cent quarante jours dans les douze mois qui précèdent l'accident.

Toutefois, l'assuré ne pourra cumuler le demi-salaire dû en vertu de la loi du 9 avril 1898 et l'indemnité journalière prévue par l'article 5 ou par l'article 9 de la présente loi. A partir de la guérison ou de la consolidation de la blessure résultant de l'accident, du travail, il' recevra l'allocation journalière de l'article 5 ou de l'article 9 de la présente loi, sans déduction du délai de carence si, à cette date, la maladie remonte à plus de six jours. [...]

§ 3. - L'assuré atteint par une maladie,professionnelle dans les conditions prévues par la loi du 25 octobre1919 pourra, s'il le désire, s'adresser, pour obtenir les soins nécessaires à son état, à la caisse d'assurance-maladie: à laquelle il est affilié en. vertu de la présente loi. Dans ce cas, la caisse sera tenue de lui délivrer des prestations et elle sera de ce fait subrogée dans les droits de l'assuré vis-à-vis du ou des employeurs tenus à la garantie du risque professionnel, contre lesquels elle conservera tous les recours utiles.

Art .62. - § 1. - Les pièces exclusivement relatives à l'exécution, de la présente loi, sont délivrées gratuitement et dispensées des droits de timbre et d'enregistrement.

[...]

3. Dans tous les cas où les règlements actuels n'accordent pas déjà la franchise postale, les objets de correspondance adressés ou reçus, pour l'exécution de la loi, par les services des assurances sociales et les mairies, les commissions ou conseils prévus par la présente loi, la caisse générale de garantie, les caisses d'assurances et les fonctionnaires du ministère du travail et du Ministère des Finances, circuleront en franchise. [...]

Art 65. - § 1. - Est passible d'une amende de 16 fr. à 500 fr. quiconque se rend
coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir, ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant, de l'application d'autres lois s'il y échet. [...]

Art 67. - § 1. - Sera puni d'une amende de 100 à 21000 fr et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, soit par menaces ou abus d'autorité, soit par offres, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, faits à des assurés ou à des caisses d'assurances ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les bénéficiaires de la présente loi, notamment dans une caisse d'assurances sociales, dans une clinique ou cabinet médical, dentaire, ou officine de pharmacie.

§ 2. - Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le tribunal pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 1.000 fr.

§ 3. - Les médecins; chirurgiens, sages-femmes set pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec le assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amendé de 100 fr. à 2.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet. [...]

Art 68. - § 1. - Le Ministre est chargé d'assurer, par ses services d'administration centrale, l'application de la présente loi. Dans les départements, un service départemental ou, exceptionnellement, interdépartemental des assurances sociales, placé sous l'autorité du Ministre, concourt; à cette application.

§ 2. - Le contrôle général de l'application de la présente loi est confié au service actuel de contrôle des retraites fonctionnant auprès du Ministre du Travail.

§ 3. - Le Ministre du Travail établit la statistique de toutes, les opérations effectuées en exécution de la présente loi et en résume les résultats dans un rapport annuel qui est adressé au Président de la République et qui rend compte de l'application générale de la loi.

Ce rapport est publié au "Journal Officiel" et distribué aux Chambres.

§ 4. - Les services départementaux des assurances sociales seront constitués par les services actuels des retraites ouvrières réorganisés et accrus suivant les besoins. Le directeur et le personnel seront nommés par arrêté du Ministre.

§ 5. - Les services départementaux assurent l'application de la loi et, notamment, l'immatriculation et la radiation des assurés, ainsi que la délivrance des cartes individuelles d'assurances sociales. Us reçoivent les déclarations d'affiliation, bordereaux et pièces de versements des contributions, remis ou adressés par les employeurs, et les transmettent, après vérification, aux organismes intéressés. Ils contrôlent le versement et provoquent le créditement, par la caisse des dépôts et consignations, des sommes revenant, aux diverses caisses d'assurances et à la

caisse générale de garantie. Ils établissent la liste sur laquelle sont choisis les membres de la commission prévue à l'article 63. Ils surveillent, en liaison avec la caisse générale de garantie, l'emploi des dépenses imputable sur le fonds de majoration et de solidarité. Ils restent chargés de la liquidation des pensions des retraites ouvrières.

§ 6. - Les frais de fonctionnement des divers services et caisses qui concourent à l'application de la loi sont,dans la limite maximum de 5 % du montant total de toutes les cotisations et subventions de l'article 81, supportés par le fonds de majoration et de solidarité.

§ 7. - Il est formé, auprès du Ministre du Travail et sous sa présidence, un conseil supérieur des assurances sociales, chargé de l'examen de toutes les questions se rattachant au fonctionnement de la présente loi.

§ 8. - Le conseil supérieur des assurances sociales est présidé par le Ministre du Travail ; il comprend :

1 sénateur et 2 députés, élus par leurs collègues ;

4 représentants du Ministère du Travail ;

2 représentants du Ministère des Finances ;

Le directeur générai de la caisse des dépôts et consignations ;

Le président du conseil d'administration et le directeur général de la caisse générale de garantie ;

1 représentant du Ministère de l'Agriculture ;

1 représentant de l'office national des mutilés et réformés de la guerre désigné par cet office ;

1 représentant de l'office national des anciens combattants, désigné par cet office ;

10 représentants élus par les membres des conseils d'administration des caisses primaires, dont 8 assurés et 2 employeurs ;

10 représentants élus par les membres des conseils d'administration des unions départementales ou interdépartementales des, caisses d'assurances sociales pour la réassurance, dont 8 assurés et 2 employeurs ;

3 représentants élus par les membres des conseils d'administration des sociétés de secours mutuel visés à l'article 75, paragraphes 1er et 3, dont 1 assuré obligatoire, 1 assuré facultatif et 1 employeur ;

2 délégués des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics désignés par les représentants de ces commissions administratives dans les commissions départementales instituées à l'article 7, paragraphe 5, de la présente loi ;

2 délégués du conseil supérieur des sociétés de secours mutuel élus par ce conseil ;

2 délégués des groupements professionnels de médecins ;

1 délégué des groupements professionnels de chirurgiens-dentistes ;

1 déléguée des groupements professionnels de sages-femmes ; .

1 délégué des groupements professionnels de pharmaciens ;

3 personnes connues pour leurs travaux sur les questions d'assurances, de prévoyance sociale ou de chômage, nommées par le ministre du travail.

Tous ces membres sont nommés pour quatre ans.

§ 9. - Le conseil supérieur des assurances sociales élit dans son sein une section permanente dans les conditions fixées par un décret contresigné par le Ministre du Travail.

La section permanente donne son avis sur les questions qui lui sont renvoyées soit par le conseil supérieur, soit par le Ministre du Travail. Elle se subdivise en quatre sous-sections : technique et financière, administrative et de garantie contre le chômage, juridique, médico-pharmaceutique. Cette dernière sous-commission comprendra au moins deux médecins et un pharmacien. [...]

Art 69. - § 1. - Il est créé pour l'application de la présente loi un fonds de majoration et de solidarité et un fonds de garantie et de compensation.

§ 2.- Le fonds de majoration et dé solidarité est destiné à assurer le minimum légal des pensions d'invalidité et de vieillesse des caisses d'assurances, le remboursement des charges de famille et des dépenses pour la liquidation de la loi des retraites, dans les conditions fixées par la présente loi, à acquitter le montant de la cotisation patronale afférente aux salaries visés a l'article 1er, paragraphe 2, deuxième alinéa, et à faire face aux dépenses de toute nature d'administration et de gestion de tous les organismes et d'une façon générale à toutes les charges qui lui incombent en vertu de la loi. [...]

Art. 71. - § 1. - Le fonds de majoration et de solidarité et le fonds de garantie et de compensation sont gérés par la caisse générale de garantie créée par la présente loi. Cette caisse relève du Ministre du Travail ; elle jouit dé la. personnalité civile et de l'autonomie financière et est représentée en justice par son directeur général nommé par décret rendu sur la proposition du Ministre du Travail. [...]

TITRE VI
Dispositions spéciales aux professions agricoles

Art. 75. - § 1. - Les salariés des professions agricoles et les métayers visés à l'article 73, paragraphe 2, doivent s'affilier, ou être affiliés, pour la maladie, la maternité et le décès, à une société de secours mutuel approuvée ou section de société de secours mutuel approuvée composée exclusivement d'assurés des professions agricoles. A défaut, ils sont affiliés d'office à la section agricole de la caisse primaire départementale et interdépartementale. La cotisation destinée à couvrir ces risques est fixée par les statuts de chaque société et ne sera obligatoire que jusqu'à concurrence de 5 fr. par mois à la charge de l'employeur et de 5 fr. à la charge de l'employé. [...]

Art. 84. - § 1. - Un règlement général d'administration publique, rendu sur la proposition du Ministre du Travail et des ministres intéressés. déterminera toutes les dispositions nécessaires à l'application de la présente loi, laquelle entrera en vigueur le 1er juillet 1930.

§ 2. - La présente loi ne sera applicable à l'Algérie et aux colonies que lorsque seront intervenus des règlements d'administration publique déterminant les conditions dans lesquelles son application pourra avoir lieu."

Sources :

- Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, *Texte officiel et complet de la loi sur les assurances sociales. Loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930*, Paris : Etienne Chiron éditeur, 1930, 48 p.
- Leclerc, Pierre, 1996, op. cit., pp. 364 - 376.
- CSMF, *Le Médecin de France*, 1930, pp. 466 - 486.

Annexe 15 : Le règlement d'administration publique du 30 avril 1930 en ce qui concerne les prestations

"MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

DÉCRET DU 30 JUIN 1930

portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 30 avril 1930, modifiant la loi du 5 avril 1928, en ce qui concerne les prestations.

Prestations

CHAPITRE Ier
Décompte du nombre de journées donnant droit aux prestations

Art. 1er - § 1er. - En vue de la détermination du droit aux prestations, il sera compté 24 journées de cotisation pour une cotisation mensuelle entière.

§ 2. - S'il reste une fraction de cotisation mensuelle, elle sera comptée pour autant de journées de la catégorie à laquelle appartient l'assuré.

§ 3. - Les mesures d'application des dispositions qui précèdent seront fixées par arrêté du Ministre du Travail.

CHAPITRE II
Assurance-maladie

1° Prestations en nature

Art. 2. - § 1er. - Le Ministre du Travail arrête, après avis d'une commission consultative, instituée par décision ministérielle et comprenant les représentants des caisses d'assurances sociales ou de leurs organismes fondateurs et de la caisse générale de garantie, des représentants de différents groupements de praticiens, des représentants des établissements hospitaliers et des représentants des Ministres du Travail, de la Santé publique et du Budget :

a) Le type des conventions à intervenir entre les caisses et les différents groupes de praticiens ;

b) Les types de conventions à intervenir entre les caisses et les établissements hospitaliers ;

c) Le tarif de responsabilité visé par l'article 4, paragraphe 12, de la loi ;

d) Le tarif applicable aux médicaments, spécialités et appareils ;

e) Le règlement-type des caisses d'assurances sociales.

§ 2. - Les conventions passées entre les caisses et les syndicats professionnels ou les établissements hospitaliers peuvent déroger aux dispositions des conventions-types qui n'ont pas un caractère obligatoire et les caisses peuvent modifier à leur usage le tarif de responsabilité-type, sous réserve de l'approbation de la commission prévue à l'article 7, paragraphe 5, de la loi, et sous réserve des dispositions de l'article 4, paragraphe 12, de la loi.

Art. 3. - § 1er. - La commission prévue par l'article 7, paragraphe 4 de la loi, pour établir et tenir à jour la liste des médicaments spécialisés, autorisés, est nommée par arrêté du Ministre du Travail.

§ 2. - Elle comprend :

Le doyen de la faculté de médecine de l'université de Paris ou un professeur de ladite faculté, désigné par lui ;

Le doyen de la faculté de pharmacie de l'université de Paris ou un professeur de ladite faculté, désigné par lui ;

Un membre de l'académie de médecine n'ayant qualité ni de docteur en médecine, ni de docteur en pharmacie, désigné par l'académie ;

Un représentant de la confédération des syndicats médicaux français, désigné par la confédération ;

Un représentant du comité intersyndical des groupements pharmaceutiques nationaux, désigné par ce comité ;

Un représentant des caisses d'assurances sociales ou de leurs organismes fondateurs, nommé par le Ministre du Travail ;

Un représentant du Ministre du Travail.

[...]

§ 8. - Le Ministre du Travail désigne le président et le vice-président de la commission.

Art. 4. - § 1er. - La commission prévue par l'article 4, dernier alinéa de la loi pour la délivrance des appareils de prothèse dentaire comprend :

Un membre désigné par le conseil d'administration de la caisse intéressée ;

Un membre désigné par le ou les syndicats médicaux ayant passé une convention avec la caisse ;

Un membre désigné par le ou les syndicats de chirurgiens-dentistes ayant passé une convention avec la caisse.

§ 2. - A défaut d'unanimité au sein de la commission, il est statué par la commission prévue à l'article 7, paragraphe 5, de la loi.

2° Prestations en argent.

Art. 5. - Pour l'application de l'article 5, paragraphe 1er de la loi, le salaire de base est celui de la catégorie de l'assuré pendant le trimestre qui a précédé le début de la maladie ou l'accident.

Art. 6. - L'employeur et l'assuré qui se sont mis d'accord pour le maintien des avantages en nature en cas de maladie peuvent en informer la caisse et demander le versement par elle à l'employeur de la partie de l'indemnité journalière correspondant à la valeur des avantages maintenus.

Art. 7. - Pour pouvoir prétendre à l'indemnité journalière, l'assuré doit s'être strictement conformé, depuis le la maladie ou de l'accident, à toutes les prescriptions du médecin.

3° Contrôle.

Art. 8. - § 1er. - La caisse exerce un contrôle général sur les conditions de fonctionnement de l'assurance maladie.

§ 2. - Elle peut faire procéder à toutes enquêtes utiles par ses administrateurs, ses sections locales, ses correspondants locaux, ses médecins contrôleurs, ses visiteurs et dames visiteuses.

Art. 9. - § 1er. - Les médecins contrôleurs chargés de la surveillance des malades procèdent à toutes investigations et constatations concernant leur état et leur incapacité de travail. En cas de désaccord avec le médecin traitant, ils avisent la caisse.

Ils ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant.

Ils ne doivent pas donner de soins aux assurés qui sont affiliés à la caisse.

§ 2. - Les visiteurs et dames visiteuses participent à la surveillance des malades et peuvent, en outre, être chargés de s'enquérir des conditions d'hygiène dans lesquelles vivent les malades, leur dispenser les prestations en argent et leur apporter un concours moral.

§ 3. - Les médecins contrôleurs, ainsi que les visiteurs, ou dames visiteuses signalent, le cas échéant, à la caisse, dans les rapports adressés au service local, les abus, lacunes ou irrégularités qu'ils ont pu constater.

§ 4. Les bénéficiaires de l'assurance ne peuvent s'opposer au contrôle exercé dans les conditions déterminées par le présent article. Ils peuvent exiger toutefois d'être examinés en présence du médecin traitant.

Art. 10. - § 1er. - Le contrôle technique exercé sur les services médicaux et pharmaceutiques est, en ce qui concerne les malades soignés à domicile ou chez le

praticien, confié par les caisses aux syndicats professionnels de praticiens avec lesquels elles ont passé une convention et dans les conditions qui y sont fixées, sous réserve du contrôle général appartenant à la caisse et qui ne peut être délégué par elle.

Le syndicat professionnel s'engage dans la convention à exercer ce contrôle technique de sa propre initiative et sous sa propre responsabilité, de manière à en assurer la pleine efficacité, ainsi qu'à déférer aux demandes spéciales d'intervention que la caisse lui adresserait.

Les syndicats de praticiens ne peuvent, sous peine de retrait de l'habilitation, se soustraire à l'obligation d'exercer ce contrôle. En cas de carence de leur part, la commission tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5 de la loi, prend toute mesure nécessaire pour y parer.

§ 2. - Le contrôle technique a essentiellement pour objet la recherche et le redressement de tout abus professionnel.

En ce qui concerne les soins, il porte notamment sur nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances et, d'une manière générale, la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens.

En ce qui concerne les fournitures de médicaments ou d'appareils, il porte, indépendamment de l'application éventuelle de la législation sur les fraudes, sur la nature et la quantité des prestations fournies et sur l'exactitude des tarifs appliqués par le praticien.

L'exercice de ce contrôle ne peut, en aucun cas, entraver ou retarder l'administration des soins ou la fourniture des médicaments, ni avoir pour effet de substituer à la responsabilité du médecin traitant celles d'autres praticiens.

§ 3. - Outre qu'il appartient aux syndicats professionnels de poursuivre, dans les conditions prévues par leurs statuts, la répression des abus qu'ils constatent, ils portent à la connaissance de la caisse ces abus, en vue de la défense, par celle-ci, de ses intérêts propres.

Art. 11. - Dans le cas où un bénéficiaire de l'assurance reçoit les prestations en dehors de la circonscription de la caisse à laquelle il est affilié, le contrôle général prévu à l'article 8 ci-dessus est confié à la caisse qui a pris en charge le service des prestations, sous réserve du droit de regard de la caisse d'origine qui supporte les frais. Le contrôle technique est exercé par l'intermédiaire des syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la caisse de rattachement a contracté.

Art. 12. - § 1er. - Il est pourvu au contrôle de l'ensemble des services des établissements publics hospitaliers, tant par les administrations hospitalières que par les autorités qualifiées à cet effet, conformément aux lois et règlements qui régissent ces établissements et sous réserve du droit de regard de la caisse tel qu'il résulte des conventions passées avec ces établissements.

§ 2. - Le contrôle technique est assuré conformément aux dispositions auxquelles se réfèrent lesdites conventions.

Art. 13. - § 1er. - En ce qui concerne les établissements privés et les établissements appartenant à la caisse, le contrôle technique s'exerce par l'intermédiaire de l'un des syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la caisse a passé des conventions. Il ne peut être confié à un syndicat composé des seuls médecins de l'établissement.

§ 2. - Ce contrôle s'exerce dans les conditions prévues à l'article 11 du présent décret.

4° Commission départementale.

Art. 14. - § 1er. - La commission départementale prévue à l'article 7, paragraphe 5 de la loi, comprend douze membres, à savoir :

Un représentant du Ministre du Travail et un représentant du Ministre de la Santé publique ;

Quatre représentants des caisses pratiquant dans le département les assurances maladie, maternité et les soins aux invalides ;

Quatre représentants des syndicats professionnels ayant passé des conventions avec les caisses, dont trois représentants des syndicats de médecins et un représentant des syndicats de pharmaciens ;

Deux représentants des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics ;

Un représentant des syndicats professionnels de chirurgiens dentistes ayant passé des conventions avec les caisses remplace un des trois médecins, lorsque la commission traite de questions relatives à l'art dentaire ;

Le préfet désigne le président et le vice-président de la commission.

§ 2. - Chacun des autres groupements professionnels ayant passé des conventions avec les caisses peut désigner un représentant qui participera aux débats avec voix consultative dans les questions où les intérêts du groupement sont engagés.

§ 3. - Les dépenses qui pourront être nécessaire par le fonctionnement de la commission sont à la charge du service départemental.

Art. 15. - § 1er. - La commission est saisie par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, des difficultés ou litiges sur lesquels elle est appelée à statuer en vertu de l'article 7, paragraphe 5, de la loi. Les décisions prises par elle doivent être notifiées aux organismes, services ou administrations intéressées.

§ 2. - L'appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales doit être déposé ou parvenir par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au secrétariat de la commission, dans les dix jours de

la notification. Communication en est donnée dans les dix jours qui suivent aux autres parties intéressées. Il est statué définitivement par la section permanente dans un délai d'un mois à dater de cette dernière communication.

CHAPITRE II
Assurance-maladie

Art. 16. - § 1er - L'indemnité prévue par l'article 9, paragraphe 2, de la loi, est allouée après les couches, alors même que l'enfant aurait été présenté sans vie à l'officier de l'état civil.

§ 2. - En cas de naissances multiples, les allocations et prestations prévues par les paragraphes 4 et 5 de l'article 9 de la loi sont proportionnelles au nombre d'enfants.

Art. 17. - § 1er. - En cas de grossesse pathologique, l'indemnité journalière cesse d'être versée au titre de l'assurance-maladie à daté du jour ou l'assurée est admise au bénéfice de l'indemnité de maladie ; les prestations en nature et en argent de l'assurance-maladie sont dues à partir de la constatation médicale de l'état morbide et jusqu'à la fin du sixième mois suivant l'accouchement, quelle que soit la date de cette constatation.

§ 2. - Si l'intéressée cesse d'avoir doit aux prestations de l'assurance-maladie avant l'expiration du délai visé à l'article précédent, elle peut prétendre de nouveau, pour la période restant à courir, à l'indemnité de repos.

Art. 18. - § 1er. - En cas de grossesse pathologique, les frais de traitement et les indemnités journalières sont la charge de l'assurance-maladie.

§ 2. - Toutefois, les caisses pratiquant l'assurance-maladie continuent de dispenser les soins aux assurés et aux femmes d'assurés en cas de grossesse pathologique et de leur verser les indemnités journalières pour le compte de l'organisme ayant la charge du risque-maladie.

Art. 19. - Les justifications à produire pour avoir droit aux primes d'allaitement et aux bons de lait, par les assurées qui allaitent complètement leur enfant, et par celles qui ne peuvent l'allaiter que partiellement, sont déterminées par le règlement de chaque caisse conformément aux dispositions du règlement-type arrêté par le Ministre du Travail et ayant force obligatoire à cet égard.

Art. 20. - Les caisses pratiquant l'assurance-maternité exercent le contrôle général de leurs services ainsi que celui des assurés et femmes d'assurés dans les conditions prévues aux articles 8 à 13 du présent décret.

CHAPITRE IV

Dispositions communes à l'assurance-maladie et à l'assurance-invalidité

Art. 21. - § 1er. - La caisse d'assurance-maladie doit, dans la mesure de ses ressources, prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité pendant la période de maladie.

§ 2. - Elle doit notamment signaler à la caisse à qui incombe le risque invalidité, c'est-à-dire jusqu'au 1er avril 1934 à la caisse générale de garantie, les assurés dont la maladie, en se prolongeant au-delà de deux mois, fait présager une invalidité future ou paraît exiger des soins spéciaux tels qu'un traitement dans les établissements de prévention ou de cure.

§ 3. - Ces soins peuvent être, d'un commun accord entre les deux caisses, dispensés par celle qui assure le risque invalidité, à charge de remboursement des frais par la caisse d'assurance-maladie.

§ 4. - Éventuellement, la caisse assurant le risque invalidité peut assurer la charge de ces soins pour les rendre plus prompts et plus efficaces.

CHAPITRE V

Assurance invalidité

Art. 22. - Il sera statué dans les formes du présent décret sur les conditions d'application de la loi en ce qui concerne l'assurance invalidité, dont le bénéfice n'est acquitté qu'après deux années de versements."

Source : CSMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1930, pp. 605 - 613.

Annexe 16 : Convention-type entre les syndicats et les caisses (avril 1930)

"CONVENTION-TYPE
entre les caisses d'assurance-maladie et les syndicats médicaux, pour les soins à domicile et au cabinet du médecin.

Entre la caisse d'assurance maladie ……... représentée par M. ……... dûment mandaté, et le syndicat des médecins du département de ……... (ou la fédération des syndicats médicaux du département de ……...) représenté par le Dr ……... dûment mandaté,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1. - Libre choix.

Pour les soins à domicile et au cabinet du médecin, le libre choix de l'assuré s'exerce entre tous les médecins, membres ou non du syndicat contractant, qui ont adhéré aux closes de la présente convention. Ladite adhésion résulte d'une notification faite à la caisse, soit par le syndicat médical, soit par le médecin lui-même.

Sous réserve de son droit de faire connaître à ses adhérents par telle voie qui lui convient, les sanctions corporatives ou judiciaires prises à l'encontre d'un médecin, la caisse s'engage à ne faire aucune discrimination, par voie d'avis, circulaires ou affiches entre les médecins qui ont adhéré à la présente convention.

La caisse ne supporte aucune participation dans les frais de déplacements supplémentaires résultant du choix fait par l'assuré d'un praticien autre que les praticiens de la commune où il réside, ou, à défaut, de la commune la plus rapprochée.

Article 2. - Présentation de la carte d'immatriculation.

Tout bénéficiaire de l'assurance sociale, qui consulte ès-qualité un médecin, doit lui présenter, sur sa demande, la carte d'immatriculation dont il se réclame.

Article 3. - Feuille de maladie et feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux.

Tout bénéficiaire des assurances sociales qui veut faire usage de son droit à l'assurance-maladie, se fait délivrer par la caisse une feuille de maladie dont le modèle est annexe à la présente convention.

Lors de chaque acte médical, le médecin porte sur la feuille de maladie les indications prescrites.

Il indique; notamment, lors de la première visite ou consultation, dans la mesure du possible, la durée probable de l'affection, et, quand il y a lieu, et s'il s'agit de l'assuré lui-même, la nécessité de l'interruption du travail. Il indique également,

dans ce dernier cas, lors de la dernière visite ou consultation, la date à laquelle le travail peut être reprise.

La feuille de maladie ne doit porter aucune indication de diagnostic.

Elle ne doit jamais être conservée par le médecin.

Dans les cas d'urgence, le malade peut se présenter au médecin sans feuille de maladie pour la première visite ou consultation. Le médecin lui délivre alors, sur sa demande, sur un papier à en-tête ou portant son cachet, une attestation lui permettant de faire valoir ses droits au regard de la caisse.

Si l'état du malade exige les soins d'un spécialiste ou une intervention chirurgicale ou l'intervention d'un auxiliaire médical, l'assuré se fait délivrer par la caisse, qui peut exiger une attestation du médecin traitant et l'intervention préalable du contrôle, une feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux ou d'intervention d'auxiliaire médical dont les modèles sont annexés à la présente convention. Le médecin spécialiste, ou le chirurgien ou l'auxiliaire médical porte sur cette feuille les indications requise dans les mêmes conditions que sur la feuille de maladie. La délivrance de la feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux sont nécessaires même si ces droits sont donnés par le médecin traitant. La procédure d'urgence prévue à l'alinéa 5 qui précède peut être appliquée.

Le malade règle directement les honoraires du médecin. La signature du médecin, dans la colonne réservée à l'acquittant sur la feuille de maladie que sur la feuille de soins spéciaux ou de chirurgie, comporte de sa part quittance des honoraires qui lui sont dus par l'assuré jusqu'au jour inclus de la signature.

Le médecin ne peut acquit que pour des actes médicaux qu'il a accomplis personnellement.

En dehors de cas exceptionnels dont il est seul juge, la caisse ne fait pas d'avance à l'assuré ; elle lui rembourse, dans les limites de son tarif de responsabilité, compte tenu de la participation de l'assuré prévue par l'article 4 alinéa 5 de la loi, le prix des actes médicaux par lesquels le médecin a donné acquit.

Article 4. Ordonnances.

Le médecin formule ses ordonnances sur du papier à en-tête ou portant son cachet, en inscrivant de façon très lisible au-dessous de l'en-tête ou du cachet, le numéro matricule de l'assuré précédé des lettres A.S.

Afin d'assurer le remboursement à l'assuré des prestations dues, le médecin formule pour chaque malade sur des feuilles distinctes :

a) chacune des ordonnances relatives ou appareils que l'assuré aura à se procurer chez des fournisseurs différents (pharmacien, herboriste, opticien, orthopédiste, etc.) ;

b) chacune des ordonnances relatives aux soins requérant l'intervention d'auxiliaires (infirmiers, masseur, etc.).

Les ordonnances sont formulées quantitativement avec toute la précision possible. En ce qui concerne les interventions d'auxiliaires, le médecin précise la nature exacte et le nombre des interventions.

Article 5. Intervention d'un médecin consultant.

Le médecin traitant qui désire faire appel au concours d'un médecin consultant délivre à l'assuré une attestation sur du papier à en-tête ou portant son cachet.

La caisse délivre à l'assuré, sur le vu de cette attestation, une feuille de consultation qui est traitée par le médecin consultant comme la feuille de maladie ordinaire. La procédure d'urgence prévue à l'article 3 peut être appliquée.

Article 6. Tarifs.

Le tarif syndical minimum est le tarif fixant la part contributive garantie par la caisse sous réserve des conditions prévues par l'article 33 de la loi, dans le prix de l'acte médical, sont établis d'après une même nomenclature, et annexés à la présente convention. L'un et l'autre comportent, en particulier, l'indication précise du ou des modes de calcul et des tarifs adoptés, d'une part par le syndicat médical, d'autre part par la caisse, en ce qui concerne les frais de déplacement du médecin.

Les parties contractantes se notifieront réciproquement quinze jours avant leur mise en vigueur les modifications qu'elles décideraient respectivement d'apporter au tarif qui les concerne. Toutefois la nomenclature ne sera modifiée pendant la durée de la validité de la convention que si les deux parties sont d'accord sur les modifications envisagées.

La communication à la caisse, par le syndicat, de son tarif syndical minimum, n'a pas pour effet d'obliger un médecin à accepter ce tarif.

Article 7. Contrôle.

Les parties signataires exerceront le contrôle dans les conditions prévues par le décret du 30 juin 1930 portant règlement d'administration publique.

Le syndicat prend notamment l'engagement prévu par l'article 2 dudit décret.

De son côté, la caisse déclare avoir connaissance des statuts du syndicat et elle s'engage sous réserve du droit d'appel prévu ci-après, à donner effet pour ce qui la concerne, lorsqu'elles seront devenues définitives, aux sanctions prises par le syndicat conformément auxdits statuts, à l'encontre de tout médecin ayant adhéré à la présente convention dans les formes prévues par l'article 1.

Le syndicat reconnaît à la caisse et à tout médecin intéressé pour toutes les décisions prises par son conseil de famille, le doit d'appel devant le conseil de famille national, et, en dernier ressort, devant une commission arbitrale composée de trois membres, dont un médecin, désigné par le conseil supérieur des assurances sociales.

La caisse et le syndicat médical s'engagent à se communiquer réciproquement tous renseignements utiles au fonctionnement de leur contrôles respectifs, et le syndicat médical s'engage à communiquer à la caisse les sanctions prises.

Les frais du contrôle technique sont à la charge du syndicat médical. Toutefois, si la caisse requiert du contrôle technique une enquête sur un point spécial, déclaré inutile par le syndicat, cette enquête sera faite par le contrôle technique aux frais de la caisse. Elle sera comptée pour trois visites au tarif syndical minimum, les frais de déplacements en sus, s'il y a lieu, au même tarif. Ce prix comprend les frais de rapport et son envoi à la caisse. Le règlement des dépenses ainsi engagées sera effectué par la caisse au syndicat sur états trimestriels fournis par le syndicat.

Article 8. Hospitalisation.

La caisse s'engage à ne pas modifier, sans accord préalable avec le syndicat, les closes des conventions-types hospitalières approuvées par arrêté ministériel, en tant que ces closes touchent les intérêts du corps médical.

Toutefois ……....

Article 9. Durée de la convention.

La présente convention est conclue pour un an et se renouvellera par tacite reconduction d'année en année, sauf préavis donné par lettre recommandée au moins un mois à l'avance par la partie qui désirera la dénoncer.

Fait à …….. le …….."

Source : CSMF, *Le Médecin de France*, 1930, pp. 614 – 619.

Annexe 17 : Tableau synthétique des modalités de coopération du corps médical avec les pouvoirs publics en fonction des lois et projets de loi sur les assurances sociales

Loi ou projet de loi	Conventions syndicats-caisses	Modalités de paiement du médecin	Libre choix	Secret professionnel	Ticket modérateur	Tarifs
Système bismarckien	Non	Forfait	Restreint (sur une liste)	Aucune précision	Aucune précision	Limitatifs (de fait)
Système en vigueur en Alsace-Moselle en 1919	Non	Forfait par capitation, plus rarement payement à l'acte avec tiers payant	Restreint (sur une liste)	Aucune précision	Aucune précision	Limitatifs
“Projet Grinda” de 1920	Aucune précision	Aucune précision	Restreint (sur une liste)	Aucune précision	Aucune précision	Aucune précision
Le projet mutualiste de 1920	Oui, mais sans consultation des syndicats médicaux	Aucune précision	Oui	Aucune précision	Aucune précision	Aucune précision
Le projet du gouvernement de 1921	Oui (contracts collectifs)	Forfait par capitation	Oui	Aucune précision	Oui	Limitatifs (de fait)
Le projet de loi de 1923	Oui (contracts collectifs)	Forfait par capitation	Oui	Aucune précision	Oui	Limitatifs (de fait)
Le projet de loi d'avril 1925	Aucune précision	Paiement direct à l'acte possible	Restreint (sur une liste)	Sanctions si violation	Oui	Aucune précision
Le projet de loi de décembre 1925	Oui (contracts collectifs)	Déterminées par les contracts collectifs.	Oui, sur une liste déterminée avec les syndicats	Selon les contracts collectifs	Oui	Aucune précision
La loi du 5 avril 1928	Oui (liberté contractuelle)	Paiement direct et tiers payant possibles (selon contracts)	Oui (inscrit dans la loi)	Rien n'y fait obstacle (mais n'est pas inscrit dans la loi)	Aucune précision (selon contracts syndicats-caisses)	Aucune précision (selon contracts syndicats-ciasses)

Loi ou projet de loi	Conven-tions syndicats-caisses	Modalités de paiement du médecin	Libre choix	Secret profession-nel	Ticket modérateur	Tarifs limitatifs
Loi du 30 avril 1930	Oui	Paiement direct	Oui (inscrit dans la loi)	Respecté	Oui	Non limitatifs

Résumé

La protection sociale en France, depuis ses origines dans le cadre du processus d'industrialisation, jusqu'à nos jours, a dû relever d'innombrables défis pour perdurer et s'adapter à l'évolution de notre société. La réorganisation de la santé en France, voulue de plus en plus socialisée au lendemain de la Première Guerre mondiale, semble avoir remis en question l'exercice traditionnellement libéral de la médecine basé sur la libre entente entre le praticien et son malade. Il en résultera de vives tensions entre le corps médical syndiqué et les pouvoirs publics à partir des années 1920, autour des débats initiateurs des assurances sociales, concrétisés par les lois de 1928 et 1930, mettant notamment en place un système d'assurance maladie obligatoire d'une ampleur sans précédent dans notre pays.

L'objectif de notre travail a été d'analyser l'influence du corps médical syndiqué sur l'élaboration des lois d'assurances sociales dans l'entre-deux-guerres, ceci afin de mieux comprendre les enjeux actuels de l'assurance maladie.

C'est donc naturellement sur les archives des fédérations syndicales USMF et CSMF, seuls organismes représentatifs du corps médical durant la période étudiée, que nous nous sommes basés pour mener à bien notre travail. Ces sources ont été mises en perspective par les écrits des trop rares auteurs ayant traité du sujet, notamment Patrick Hassenteufel et Henri Hatzfeld.

Notre analyse a révélé que, si le syndicalisme médical français semble avoir influencé les lois de 1928 et 1930, l'inverse semble tout aussi vrai, l'organisation syndicale ayant été remaniée jusque dans ses structures les plus profondes par les débats et les réflexions menées par tous les acteurs de la protection sociale en France et même à l'étranger. Le tout semble s'intégrer dans des enjeux de pouvoir à différentes échelles au sein de la profession, du cadre très général de la santé publique jusque dans la relation médecin-patient. Finalement, les enjeux des débats peuvent se résumer à la préservation par les médecins de l'exercice libéral basé sur la libre entente entre le médecin et le patient, essentiellement définie par le refus du tiers payant et le libre choix du praticien par le malade.

Ainsi, l'identité libérale structurant les débats actuels semble avoir été définie dès les années 1920, essentiellement sous la pression du tiers payant constituant une problématique récurrente depuis des décennies. C'est ainsi que les difficultés du système d'assurance maladie en France, sans doute en crise depuis ses origines, ne semble pas pouvoir se résoudre sans un regard sur son passé.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : assurances sociales, assurance maladie, protection sociale, médecine libérale, tiers payant, libre entente, syndicalisme médical

Président : Professeur Jean-Christophe WEBER
Assesseurs : Professeur Michel LEVEQUE
Professeur Thomas VOGEL
Professeur Anne DANION-GRILLIAT
Professeur Christian BONAH (Directeur de thèse)

Adresse de l'auteur : Thomas BLANCK - 4, rue de Soultzmatt - 67100 STRASBOURG